Google

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

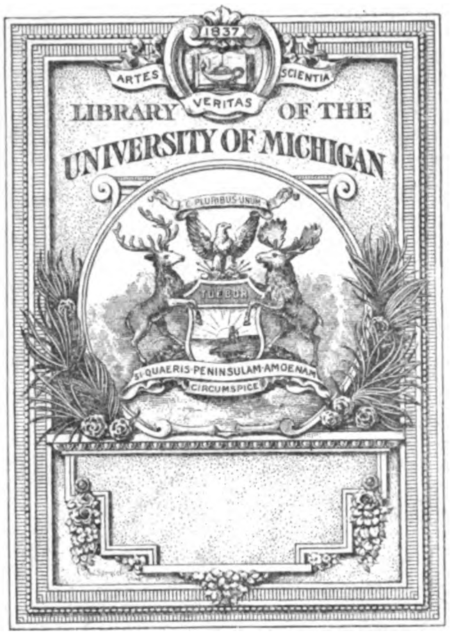
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

[redacted]
D 3 9015 00399 410 3
University of Michigan – BUHR



Digitized by Google

610.5
S1523

Digitized by Google

Digitized by Google

6407.

St. Petersburger

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

XXX. JAHRGANG.
(NEUE FOLGE XXII. JAHRGANG).

ST. PETERSBURG.
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Prosp., № 15.
1905.

Digitized by Google

Типографія Винеке, Екатерингофскій пр., № 15.

Digitized by Google

INHALTS-VERZEICHNISS.

Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage.

Sach-Register.

A.

Abas-Tuman, Einfl. d. Bergstation — a. d. rot. Blutkörper (26).
Abnabelung, üb. d. Meth. d. — (32).
Abort, F. v. — 8, 207.
—, Stell. d. Landarzt. z. —behandl. 364.
—, üb. —behandl. (18).
Abszess, üb. d. Retropharyngeal.— d. kl. Kind. 119.
—, z. Aetiol. d. Psoas—e 279*.
—, F. v —unterh. d. Thymus 438.
—, Kas. d. Hirn -e (4).
Adnexe, Beh. d. entzündl. Erkr. d. — (8).
Aerzte, d. — Livlands 139.
—, augenärztl. Winke f. pr. — 270.
Aethernarkose, üb. — 109.
Akne, —exulc. serp. nasi (7).
Akromegalie, üb. — 35.
—, F. v. — 303*, 313*.
Aktinomykose, F. v. — (27).
Akumetrie, Aufgab. d. — (26).
Alkohol, heredit. Idiosynkrasie geg. — (3).
—, F. v. Angina Lud. geh. d. —kompr. (11).
Alkoholismus, Beh. d. — (2).
—, üb. — (3).
Alopecia, F. v. —univ. congen. 172.
—, F. v. — areata 372.
Amaurose, famil. idiot. — 110.
Amur, d. Weg üb. d. — (27).
Anaemie, e. Spirochätenbef. b. schw. — u. karz. Lymph. 194*, 530.
—, F. v. schw. — 291*, 297, 439.
—, Veränd. in d. Leber b. perniz. — (30).
Anaesthesie, üb. allgem. — (18).
Anatomie, Atlas d. deskript. — 110.
—, Grundz. d. — u. Path. d. Taubstum. 479.
Aneurysma, F. v. — d. Art. mesent. 62.
—, F. v. — d. Aorta ascend. 73.
—, F. v. — Aortae 350.
—, F. v. — d. Carotis n. Schussverletz. (25).
Angina, F. v. —necrot. 449.
—, Natr. salicyl. b. — (26).
Angina Ludovici, F. v. — geh. d. Alkoholkompr. (11).
Angulus infectiosus, Perlèche s. — (29).
Antiseptikum, wäss. Jodlös. als — i. d. Chirurgie (25).
Antrum Highmorii, Eröffn. d. — (5).
Aorta, F. v. Aneur. —e. 73, 350.
Aphasie, F. v. — (4).
Apotheken, Reform d. Militär— (3).
Apparat, Demonstr. e. Heissluft—s. 341.
—, Modif. d. —s v. Thoma-Zeiss (26).
Appendix, Komplik. b. Erkr. d. — 307.
Appendizitis, s. Perityphlitis.
Argentum, —präpar. b. Endometr. gonorrh. (2).
Arzneimittel, Lehrb. d. —lehre 149.
Astigmatismus, F. v. hochgr. — (12).
Aszites, F. v. — 209.
Ataxie, Uebungsbeh. d. — 7.
—, 3 F. v. — (26).
Atropin, —injekt. b. Undurchgäng. d. Darmes (25).
—, Beh. d. Delirium trem. m. — (26).
Auge, —nverletz. d. Zeitungshalter 16.
—, üb. Tuberk. d. —s 317.
—, —nveränder. b. Xeroderma pigm. 317.
—, Atlas u. Grundr. d. —noperat. 328.
—, —noperat. 328.
—, F. v. —nverletz. 425.
—, üb. Zystizerken im Gehirn u. — 450.
—, üb. Streptotrixerkr. d. —es 450.
—, Stell. d. —n währ. d. Narkose (1).
—, Ausspül. d. vord. —nkammer n. Kataraktextr. (4.)
—, Tätigk. d. —nabteil. in Schichasan (4).
—, Ber. üb. —närztl. Tätigk. (12).
—, Diagn. d. —nmuskellähm. (12).
—, Schäd. d. —n d. Unfall (12).

162356

Digitized by Google

Auge, Herabsetz. d. Arbeitsfähigk. n. —nverletz. (31).
—, z. Kas. d. Schussverletz. d. —n (31).
—, 3 F. v. Melanosis d. —s (31).
Augenheilkunde, Fortschritte d. — (22).
—, Entwick. d. — in Kiew (22), (32).
Augenheilanstalt, Frequenz d. St. Pet. — 1905 450.
Augenklinik, Mitteil. a. d. — in Jurjew 306.
Augensanitätsstationen, d. — f. Trachombehandl. (25), (26), (27).
Automatismus, F. v. ambulat. — (24).

B.

Baeder, üb. —schwindel, Raubtierdiät etc. 479.
Bauch, Kontus. d. —es 27.
—, d. Nervenverteil. i. d. vord. —wand 393.
—, z. Kas. d. —schüsse 438.
—, üb. penetrir. —wunden (3), (13).
—, Beh. penetrir. —wund. im Kriege (26).
Becken, ac. inf. Herde im —bereich (29).
Belastungslagerung 393.
Beriberi, Refer. üb. — 45.
—, — in Japan (3).
—, üb. — (11).
Besessenheit, F. v. — 406.
Bettzeug, d. — d. Soldat. (24).
Blase, Oper. weg. Ektopie d. — 34.
—, üb. —ntuberkulose 149.
—, Operat. v. —ngeschwülsten (1), (5).
—, üb. Neubild. d. — (5).
Blutdruck, klin. Beob. üb. d. — 139.
Blutkörperchen, Verhalt. d. weiss. — b. versch. Sumpffieber (20).
—, Einfl. d. Bergstation Abass-Tuman a. d. rot. — (26).
Blutung, Beh. d. — p. part. (17).
Briefe, — a. d. Fern. Osten 63, 74, 87, 197, (25), (26).
Brillen, gelb-orange u. gelb-grüne — (27).
—, Schutz— f. d. Marineartillerie (12).
—, üb. Schutz—n (31).
Bronchiektasie, F. v. — (20).
Brust, Verletz. d. — u. Bauchhöhle (26), (27).

C.

Cerebrospinalmeningitis, z. Beh. d. epidem. — 182.
—, F. schwer. — (20).
—, Epidemie v. — (27).
Cervix, z. artif. Dilatat. d. — 207.
China, hygien. Stud. in — 161.
Cholecystitis, F. v. oper. geheilt. — 259.
Cholera, neu. Ergebn. d. —forsch. 488.
—, Maassreg. z. Verhüt. d. — (4), (26).
—, d. — in Girin (26).
Chorioiditis, z. — ossific. (24).
Cirkulationsstörungen, Ther. d. arteriosklerot. — 241.
Clavicula, F. v. —fraktur (20).
Coecum, Tuberk. d. — (5).
Cyanose, F. v. angebor. — 73.
Cyste, üb. Korpuslut. —n (17).
—, z. Kas. d. Mesenterial—n (20).
—, mehrkam. branchiog. —n d. Hals. (29).
—, —n. d. Plica semilun. (31).
Cysticercus, üb. — im Gehirn u. Auge 450.

D.

Damm, üb. —naht 364.
Darm, Funktionsprüf. d. —es m. d. Probekost 7.
—, üb. —verschluss 93, 298.
—, Demonstr. e. tuberk. Dünn—s u. Coecums 259.
—, rätselhafte —erkrank. 406.
—, F. ak. Undurchg. d. —s, Heilung (3).
—, tuberk. Verenger. d. Dünn—s (6).
—, Atropininjekt, b. Undurchgäng. d. —s (25).
Delirium tremens, Beh. d. — m. Atropin (26).
Dermoid, Schwangersch. u. — d. Ovariums (1).
—, —cyst. d. Ovariums (7).
Desinfektionsapparat, modif. — (25).
Desinfektionsmittel, d. — im Felde (26).
Deziduen, Demonstr. ausgestoss. — 112.
Diabetes, Prinzip. d. —behandl. 363, 525*, 537*, 540.
—, —insip. n. Syphilis (7).
Diät, —, b. Scharlachnephr. 34.
Diagnose, spec. — inner. Krkhtn. 139.
Diarrhoe, üb. gastrogene —en 401*.
—, Tannigen b. —en d. Kind. (11).
Diathesis, üb. — purul. (26).
Diazoreaktion, üb. — b. Lungenphthise 382, 383.
Dilatator, hydraul. — (2).
Diphtherie, Masern — etc. 139.
—, Nachwirk. d. —serums 353.
—, d. Haltbark. d. —bazill. 447.
Diplokokkus, Kolonien v. — alb. 427.
Diuretikum, Theocin als — (11).
Divertikel, Meckels — in klin. Bedeut. 364.
Druesen, z. Path. d. freien Talg— (2).
Druesenfieber, üb. d. Pfeiffer. — (19).
Ductus Botalli, F. v. offenem — 449.
Ductus thoracicus, Erweiter. d. — (2).

E.

Echinokokkus, —erkrank. i. d. Krim (30).
Ehe, —, Tuberkulose u. Schwangersch. 229.
—, d. —schliess. v. Standpunkt d. Hygiene 528.
Krankheit. u. — 393.
Eiweisskörper, z. Kenntn. d. — i. nephrit. Urin 79*, 394.
Ekzem, Naphtalan b. — (4).
Elektrizität, —slehre f. Mediziner 103.
Ellenbogen, unblut. Beh. d. —brüche 389.
Embryologie, Handb. d. Technik d. — 16.
Empyema, F. v. — sin. ethmoid. 53.
Endokarditis, z. Diagn. u. Path. d. — ak. 340, 433*.
—, ak. pern. — (4).
Endometritis, Silberbehandl. d. gonorrh. — (2).
Endophlebitis, obliter. — d. Lebervenen (30).
Endotheliom, F. v. — d. Mediast. u. d. Pleura 1*, 8, 13*.
—, d. —e d. Ovariums (5).
—, — d. Orbita (32).
Entozoen, üb. — im Pankreas 237*, 251*.
Entropium, z. Modif. d. — operat. (22).
Eosinophilie, klin. Bedeut. d. — 405.
Epidermitis, üb. — lin. migr. 581.
Epilepsie, Simulat. v. Geistesstör. u. — 383.
—, falsch. Selbstanklage b. — (11).
—, F. v. Hystero— (25).
—, üb. parasyphilit. — (26).
Epitheliom, 2 F. v. Chorion —a (21).
Erysipel, Antistreptok.-serum b. F. v. — 59*.
—, üb. —beh. (3), (13).
—, ther. Wert. d. Serums b. — (3).
—, üb. Hospital— (25).
Examen, d. — d. ambulat. beh. Krank. (18).
Exsudation, — u. Keratosen (30).
Extract. filicis, Beh. d. Bandwurms m. — 241.
Extrauteringravidität, F. v. ausgetrag. — 61, (20).
—, F. v. — 207.
— üb. — 466.
—, gleichzeit. Intra- u. — (8).
—, z. Kas. d. — (32).

Digitized by Google

Farbenblindheit, — u. Eisenbahnsignal (25).
Feldlazaret, d. flieg. — (25).

F.

Favus, Beh. d. —capill. (4).
Fibrom, Enucl. d. Uterus—e (1).
Fibromyome, oper. Beh. d. — d. Uterus 157*, 167*.
Fieber, d. weiss. Blutkörperchen b. Sumpf— (20).
Foetus, —papyraceus (17).
Formalin, Gefährl. ein. Appar. f. d. —desinfekt. (13).
—, chem. Unters. d. —s (27).
Fraktur, unblut. Beh. d. Ellenbogen—en 339.
—, 3 Schädel—en (11).
—, F. v. Clavicula — (20).
Frauenkrankheiten, konserv. Beh. d — m. Berücksicht. d. Balneother. 325*.
Fremdkörper, Entfern. v. —n a. d. Nase 34.
—, Entf. e. —s a. d. Bronchus (14).
—, F. v. — in d. Luftröhre (20).
Frosch, Anatomie d. —es 61.
Fuenflingsgeburt, F. v. — 26.
Fuesse, üb. schmerz. — 23*, 241.
Fuss, — u. Schuh 529.

G.

Gallenfarbstoff, Meth. z. Nachweis v. — i. Harn 128*.
Gallensteine, period. Fettausnütz. b. —n 217*.
—, Beh. d. — (4).
Gangraen, Haut— n. Masern (19).
—, 2 F. v. Lungen— (20).
Gastroenteroanastomose, F. v. — 258.
Gebärasyl, Ber. städt. —e (3), (13).
—, Ber. d. —s v. Sarapul (8).
Geburt, F. v. Serratuslähm. n. d. — 92.
Geburtshilfe, Handb. d. — 85.
Gedankenlesen, — u. N-strahlen (10).
Gefässe, Naht d. — (1).
Gefrierpunkt, —s u. Leitfähigkeitsbestim. 383.
Gehirn, F. v. —Lues 352.
—, z. Kas. d. —abszesse (4).
—, Pseudomelia parasth. als Sympt. e. —affekt. (10).
—, a. d. —chirurgie (27).
Geisteskranke, Schrift- und Zeichenproben v. —n 86.
—, d. Abteil. f. — a. Rigaer Milit.-Hosp. (3).
—, d. Fürsorge f. — i. Kaukasus (10).
—, d. Evakuation d. —n (27).
Geisteskrankheit, Simulat. v. —en u. Epilepsie 383.
—, Spiritismus u. — (9).
—, s. a. Paranoia.
Gelenk, Beh. d. steif. —e 308.
—, Naht v. —frakt. 330.
—, Operat. d. tuberk. gross. — (7).
Geschlechtsfunktionen, Stör. d. — d Mannes 350.
Geschlechtskrankheiten, — unt. d. Truppen v. Turkestan (27).
Geschlechtsleben, d. — d. Weibes 109.
Geschlechtsorgane, üb. Tuberkulose d. — (8).
—, Erkr. d. äuss. weibl. — (18).
—, Schlammbeh. d. Affekt. d. weibl. — (18).
Glaukom, Schwank. d. inner. Augendruckes b. — (22).
Gleichgewichtsstörung, F. v. — b. Erkr. d halbzirkelförm. Kanäle (27).
Gliom, prim. Sehnerven— (12).
—, — d. Netzhaut (22).
Globusgefühl, d. — 31*.
Gonokokkus, d. — u. s. Nährb. 308.
—, d. Wachsen d. — (20).
Gonorrhoe, Abnahme d. — b. d. Dorpat. Prostit. 44, 69*.
—, z. Abortivbeh. d. — 117*, 125*, 383.
—, d. bakteriol. Unters. in d. Ther. d. — 435*.
—, Silberbehandl. d. — (2).
—, Ther. d. — (24).
—, z. Kas. d. rheumat. — (31).
Gravidität, Myom u. — 103.
—, z. Hyg. d. — u. d. Wochenb. 206.
—, z. Frühdiagn. d. — 363.
—, — u. Dermoid. d. Ovariums (1).
—, s. a. Extrauterin—
Gummigegenstände, Aufbewahr. v. —n (3).
Gynaekologie, Leitf. f. d. —schen Operationskurse 448.
—, — f. Aerzte u. Stud. 529.
—, Ber. üb. d. Ambul. e. Instituts f. — (17).

H.

Haar, d. Leitungsbahnen d. —empfindl. (10).
Haematologie, Vorles. üb. klin. — 60.
Haemoglobin, exper. u. klin. Unters. üb. — «Poehl» 265*, 280*, 294*.
Haemorrhoiden, üb. —operat. 171.
Hallucinationen, über Gehörs—(10).
Harn, z. Kenntn. d. Eiweissk, i. nephrit. — 79*, 394.
—, Meth. z. Nachweis. v. Gallenfarbstoff i. — 128*.
—, Bedeut. d. —analys auf Hg. b. Beh. d. Syph. (31).
Harnblase, s. Blase.
Hautkrankheiten, Lehrb, d. Geschl. u. — 60.
—, Atlas u. Grundr. d. — 110.
—, Demonstr. v. Bild. ein. — 316.
Hautkrebs, nichtchir. Beh. d. — 140.
Hebammen, Aufbesser. d. —verhältn. 195, 354.
Helminthen, Beh. d. — m. Extract. fil. 241.
Hemeralopsie, Verbreit. d. — unt. russ. Volk. (4).
Hemiatrophia linguae, F. v, — 219, 220.
Hernie, Beobacht. an — (1).
—, Radikaloperat. d. — (1), (5).
—, 2 F. v. Zwerchfell— (19).
—, Inguinal—n in d. Militärpraxis (25).
Herz, — Lebervergröss. Frühsympt. d. Schwindsucht 5*.
—, F. v. Oper. e. —stichwunde 52.
—, Myom u. — 219.
—, Ther. b. arteriosklerot. — insuff. 241.
—, physik. Beh. d. chron. —krankh. 255*.
—, Myom, —, Ovarium 421*.
—, tuberk. Erkr. d. —muskels (11).
—, ven. Stau. b. gestört. -tätigk. (29).
Hetol, d. —beh. d. Lungenschwinds. 405.
Hochgebirge, Winterkur i. — 48*.
Hoden, Abszess d. —s (2).
—, Anastomosenbild a. — (6).
Hospitäler, Tät. d. Milit.— d. Armee (26).
Hydrarg. oxydat. flav., — b. ak. Konjunkt. (12).
Hydrotherapie, kurzgef. — 350.
Hygiene, z. Hebung d. Volks— 332.
Hymen, Entsteh. d. Cysten d. —s (11).
Hyperchlorhydrie, — u. Hypersekr. 307.
Hysterie, F. v. — 404.

I.

Ichthyol, F. v. Lymphosark. geh. d. — (11).
Idiotie, üb. famil. amaurot. — 26, 110.
Ikterus, Widalsche Reak. b. — (24).
—, 2 F. artif. — (26).
Ileus, 2 F. v. — 352.
Impetigo herpetiformis, F. v. — b. e. Kind 487*.
Impfreglement, Proj. e. —s f. Estland 318, 330.
Impotenz, d. Ther. d. — 317, 379*.
Induktor, üb. magneto-elektr. —en (25).
Inhalationsapparat, Demonstr. e. —s 150.

Digitized by Google

Iris, F. v. beiders. —tuberkulose 437.
Irrenheilanstalt, üb. d. — Stackeln 363.
Ischiopagus (8).

J.

Jod, wäss. —lösung als Antisept, i. d. Chir. (25).
—, —tinkt. bei Hornhautgeschwür. (32).
Johnentheorie, d. — i. d. Koprologie 102.

K.

Kaiserschnitt, z. Kas. d. —s (29).
Kakosmie, subj. — 85.
Kankroid, — d. Lid. geheilt d. Radium (31).
Karzinom, üb. Schleimhaut—e d. Magens und Rektums 112.
—, Frühdiagn. u. chir. Beh. d. Prostata —s 160.
—, 2 F. v. — d. Zunge 352.
—, F. v. Oesophagus — 413*, 416.
—, F. v. —a recti 530.
—, prim. Tuben— (8).
—, Totalexstirp. d. Uterus b. — (14), (18).
Katarakta zonularis, z. Aetiol. d. — 85, 191*, 204*.
Kavernitis gummosa, z. Kas. d. — (7).
Kehlkopfkrankheiten, Unters. u. Beh. d. — 437.
Kemmern, — u. s. Heilfakt. 243.
Kephalhaematoma, Aet. und Ther. d. —neon. 161.
Keratosen, Exsudation u. — (30).
Keuchhusten, Masern, — etc. 139.
Kind, blasses Aussehen b. —ern 306.
—, d. —ernähr. im Säuglingsalter 447.
Kinderkrankheiten, Lehrb. d. — 447.
Klimakterium, Myom u. — 207.
Kochbuch, Diätet. — 139.
Kolitis, oper. Beh. v. — chron. (30).
Kolon, üb. Mega— congenit. (19).
Kongress, internat. Ophthalmol. — i. Luzern 87.
—, 5. internat. Dermatologen— i. Berlin 128, 231.
—, XXII. — f. inner. Med. in Wiesbaden 231, 243, 272, 285, 298.
—, XXXII. — d. Ophthalm. Gesellschaft in Heidelberg 427, 457.
Konjunktiva, üb. Pemphigus —e (12).
—, F. v. Melanosarkoma —e (22).
—, F. v. Tuberkulose d. — (22).
Konjunktivitis, gelbe Quecksilbersalbe b. ak. — (12).
Kopftraumen, z. forens. Beurteil. v. — 466.
Koprologie, d. Jonentheorie i. d. — 102.
Kornea, Jodtinktur b. —geschw. (32).
Korpus luteum, üb. —cysten (17).
Koxa vara, üb. — 61.
Krankheit, —en u. Ehe 393.
Krebs, Anschau. üb. d. — u. Beh. d. —es (18).
—, s, a. Hautkrebs, Karzinom.
Kreta, Korrespond. v. d. Insel — (27).
Krieg, chir. Erfahr. v. russ.-japan. —e 215*, 227*, 365, 489, 529, (2), (11), (13), (26).
—, Abänder. milit. Einricht. im —e (27).

L.

Labyrint, Gehörfunkt. b. einseit. —nekrose (26).
Larynx, F. v. Sarkom d. — 438.
—, F. v. —stenose 449.
Lebensprognosen, üb. — 282.
Leber, Operat. ac. —verletz. 258.
—, F. v. —verletz. 340.
—, üb. —abszesse u. Perityph. 426.
—, z. Kas. d. —abszesse (25).
—, Nahtanlegung a. —wund. (27).
—, Veränd. i. d. — b. perniz. Anaemie. (30).
Lepra, F. v. — b. Kind. 52.
—, Ber. üb. d. Tät. d. Ges. z. Bek. d. — 195, 363, 407.
—, F. v. — 209.
—, d. — in Finland 404.
Leukämie, F. v. — 209.
Leukocytose, Veränder. d. Knochenmarks b. — 499.
Leukosarkom, —a epilbulbare (32).
Lichen ruber planus, F. v. — 8, 73, 257.
Lid, fehlerh. Stell. d. unt. —es 448.
—, amyloide Degenerat. a. d. —ern (22).
Liebesleben, üb. d. — d. Mensch. 161.
Lunge, F. e. —nhernie (4).
—, 2 F. v —gangrän (20).
—, Lebensregeln f. —nleidende 383.
Lungentuberkulose, d. Diazoreaktion b. — 382, 383.
—, d. Hetolbehandl. d. — 405.
—, Path u. Ther. d. — 448.
—, d. — 529.
—, d. —n i. d. städt. Hosp. (11).
Lupus, F v. — d. Unterlippe 16.
—, Demonstr. versch. F. v. — 140, 173.
Lymphangioma, 2 F. v. — cutis (30).
Lymphangitis, e. Spirochätenbef. b. schw. Anämie u. karz. — 194*, 530.
Lyssa, 4 F. v. — nach Beh. m. Serum (3).

M.

Magen, Anwend. d. Wismuts b. —darmstörung 99*.
—, üb. Schleimhautkarzinome d. —s etc. 112.
—, occulte —blut. 172.
—, Schussverletz. d. —s (3), (13).
—, üb. —operat. (7).
Magen- u. Darmkrankheiten, Grundr. d. med. Ther. d. — 161.
Magnet, subj. opt. Empfind. im wechs. —felde (11).
Malaria, üb. — Blutung (24).
—,Beh.d.—m. Chinoperyninjekt. (25).
Masern, —, Keuchh., Scharlach, Diphtherie 139.
—, mult. Hautgangrän u. — (19).
Massage, üb. gynäkol. — 218.
Mechanotherapie, — i. Pernau 91*.
Medizin, Jahrb. d. prakt. — 26.
—, Handb. d. Gesch. d. — 73, 149.
Medizin, Enzykl. d. pr. — 329.
—, Handb. d. pr. — 405.
Medizinalwesen, Entwick. d. —s in Livl. 208.
Melanosis, 3 F. v. —oculi (31).
Meningitis, F. v. — ac. 209.
—, z. otogen. —ser. 318.
—, F. v. tuberk. — (19).
—, s. a. Cereprospinal—
Mesenterium, z. Kas. d. Cyst. d. —s (20).
Methylalkohol, z. —vergift. 32. 44, 162, 316, 363, 489.
Methylenblau, — i. d. psych. Praxis (10).
Metreuryse (21).
Mikrophotographien, Demonstr. v. — 220.
Milch, üb. trock. — (3), (4).
—, Konserven d. eingedick. — (4).
Militär, üb. d. Schwachen im — (27).
Militärzug, Tätigk. e. —es (27).
Missgeburt, Demonstr. e. — 341.
—, —en (22).
Morbus Raynaud, z. Kas. d. — (31).
Morbus Basedowii, Pruritus als Sympt. d. — 73.
Morbus Littlei, F. v. Sehnenüberpflanz. b. — (6).
Morbus Werlhofii, üb. — 194.
—, F. v. — (4), 26).
Moulagen, Demonstr. versch. — 221.
Musculus serratus, F. v. Lähm. d. — 92.
Muskel, Pathog. u. Beh. hartnäck. — kontrakt. (7).

Digitized by Google

Myosthenia, F. v. — grav. pseudoparalyt. 298.
Myelitis, F. v. — ac. (25).
Mykosis fungoides, üb. — 61.
Myom, — u. Gravidität 103.
—, — u. Klimakterium 207.
—, — u. Herz 219.
—, —, Herz, Ovarium 421*,
Myopie, üb. —operat. (22).
Myotonie, F. v. — (4).
—, F. v. nervös. Erkr. m. Sympt. d. — (9).
Myxidiotie, F. v. — u. Makroglossie 208.

N.

Nabel, 2 F. v. embryon. Geschw. d. —s (6).
Nagel, —veränd. u. Scharlach u. Masern 60.
Naphtalan, — b. Ekzem (4).
Narkose, üb. Aether— 109.
—, —. p. Rektum (25).
Nase, Ohren- —n-, Rachenunters. b. Kind. 8.
—, Entfern. v. Fremdk. a. d. — 34.
—, d. Krankh. d. — u. d. —nrachens 529.
Nasenkrankheiten, Abh. üb. — etc. 72.
Nebenniere, F. v. Sarkom d. —n (24).
Nephritis, Diät b. Scharlach — 34.
—, Path. u. Ther. d. Niereninsuff. b. — 171.
—, F. v. — ac. 396.
—, luet. — (4).
—, F. artif. — (26).
Nerven, üb. d. —verteil in d. vord. Bauchwand 398.
—, Endresultat. d. —operat. weg. Neuralg. (7).
Nervenkrankheiten, Edingers Theorie über Entsteh. viel. — 515*.
Nervensystem, Unters. d. —s 110.
Nervus facialis, traum. Paral. d. — (1).
Nervus opticus, prim. Tumor d. — (12).
—, Tumor d. — (32).
Nervus sympatikus, z. Problem d. — 241.
Netzhaut, F. v. Kolobom. d. — 209.
—, z. —ablösung (12).
—, Gliom d. — (22).
—, Angioneurosen d. — (31).
Neurasthenie, Begriff d. — 374.
—, üb. sex. — (11).
Neuritis, F. v. ascend. — (6).
Neurofibromatosis, üb. — (6).
Neuronal, üb. — 129.
Neurose, z. Kas. d. —n n. Blitzschlag (25).
Niere, Einfl. d. bakt. Stoff a. d. — 60.
Niere, Wander— als Endbind. hindern. 139.
—, F. v. Tuberk. e. — 140.
—, d.—ninsuff. b. Nephrit. 171.
—. F. v. —ntuberk. 208.
—, F. v. arteriosklerot. Schrumpf— etc. 417.
Novargan, üb. — 129.

O.

Oberschenkel, F. v. Sarkom d. —s (3).
Oesophagus, klin. inter. F. v. — karzinom 413*, 416.
— F. v. —stenose m. Operat. 438, 466.
Ohr, —en, Nasen etc. -untersuch. b. Kind. (8).
—, vergl. anat, Krit. b. d. Funkt. d. Mittel—s (25).
Ohrenkrankheiten, Einführ. in d. Studium d. — 436.
Operation, Atlas chirurg. —en 270.
Operationsdauer, Einfl. d. — a. d. postoperat. Verlauf 197, 459*, 473*.
Operationsmethode, vergl. Unters. üb. d. abdom. u. vagin. —n (32).
Operationstisch, neu. — (21).
Ophthalmie, d. Toxintheorie d. sympath. — (4).
Ophthalmotonometer, neu. — (4).
Orbita, F. v. Sarkom d. — 209.
—, d. —phlegmone (12).
—, Endotheliom d. — (32).
Orchidopexie, z. Fr. d. — 203*.
Organotherapie, — m. Ovarialsubst. (7).
Ostealgien, über thorak. — 372.
Osteomalacie, Aetiol. u. Beh. d. — (21).
Osteomyelitis, F. v. — staph. ac. fibul. 61.
—, F. v. multipl. — (1).
—, Entfern. d. lang. Röhrenkn. b. — (3), (13).
—, ak. — d. Kreuzbeins (6).
Otitis, Beh. d. ak. — (4).
—, Trepanat. b. —media (24).
Ovarialschwangerschaft, s. Extrauteringravidität.
Ovarium, Demonstr. e. doppelseit. — tumors 342.
—, Myom, Herz, — 421*.
—, d. Endotheliome d. —s (5).
—, üb. d. Dermoid. d. —s (7).
—, Organother. m. —extr. (7).
—, Entwick. d. Fruchtsacks i. — (8).
—, Struma d. —s. (17).
—, Teratoma d. —s (17).
Ozaena, Serotherapie d. — (2), (13).

P.

Pankreas, üb. Entozoen im — 237*, 251*.
—, Häufigk. d. —erkr. 307.
—, üb. d. Langerhansschen Inseln im — 359*, 369*.
Paralyse, spast. Spinal — 363.
—, traum. Facialis — (1).
—, 900 F. progress. — (9).
—, —n b. Ptomainvergift. (14).
Paranoia, Stud. üb. —quaerul. 488.
—, d. Affekt b. d. — (10).
Parese, d. vasomotor. — als Urs. v. Katarrh. 390*.
Pathologie, Lehrb. d. allgem. — 528.
Pellagra, F. v. — pigm. (30).
Pemphigus, üb. — konjunkt. (12).
Penis, z. Kas. d. —verletz. 49*, 57*, 308.
Perikardiotomie, üb. — (4).
Peritonitis, üb. —tuberk. 329.
Perityphlitis, Indikat. z. Oper. b. — 7.
—, üb. — 16, 365, 479.
—, F. v. oper. geheilt. — 259.
—, üb. Leberabszesse u. — 426.
—, Antistreptokokkenserum b. — (2).
—, Beh. d. — (3).
Pernau, e. J. mechanother. Beh. i — 91*.
Pest, Bemerk. z. d. —fällen im Gebiet d. chin. Ost-Bahn 477*.
—, Maassreg. z. Verhüt. d. — (4).
—, d. — in Gaidshoou (25).
Phagocytose, üb. d. — (25).
Phlegmone, d. Orbital— (12).
—, z. Aet. d. inguinal. Adeno —n (27).
Phosphorescenz, Einfl. d. Organ. a. d. — (10).
Physiologie, path. — 85.
Pityriasis, F. v. —rosea 52, (27).
—, F. v. —rubra 518, (31).
Pleura, F. v. Endotheliom d. Mediast. u. d. — 1*, 8, 13*.
—, 56 F. v. Eröffn. d. —raumes d. Messerstichverletz, 374.
Pneumonie, üb. Pyocyaneus — 351.
Pneumothorax, d. — 138.
—, — u. Empyema cut. (4).
Poliomyelitis, F. v. — 209.
Polyurie, 2 F. v. — (26).
Processus vermiformis, Demonstr. 2 Präpar. v. — 395.
Prostata, Frühdiagn. u. chir. Beh. d. —karzinoms 160.
—, Beh. d. —hypertr. n. Bottini 308, 337*, 347*.
Protokolle d. Deutsch. ärztl. Vereins z. St. Ptsbg. 16, 128, 172, 194, 425, 448.
—, d. Vereins St. Ptsbg. Aerzte 61, 85, 119, 140, 171, 182, 394, 405, 415, 465, 488, 529.
— d. XVI. Aerztetages d. Gesellsch. livl. Aerzte zu Dorpat 183, 195, 206, 218, 229, 241, 306, 316.

Digitized by Google

Protokolle, d. XVII. Aerztetages d. Gesellsch. livl. Aerzte zu Arensburg 332, 362, 407, 451, 498, 540.
—, d. Gesellsch. prakt. Aerzte z. Riga 26, 52, 73, 92, 110, 219, 257, 297, 329, 339, 340, 350, 372, 383, 395, 406, 416, 437, 450, 466, 518, 530.
—, d. med. Gesellsch. z. Dorpat 8, 34, 44, 103, 149, 161, 479, 489, 499, 531.
—, d. Gesellsch. prakt. Aerzte zu Libau 208, 231, 532.
—, d. II. Aerztetages d. estländ. ärztl. Gesellsch. zu Reval 270, 283, 318, 330, 340, 352, 358, 363, 374.
—, d. St. Ptsbg. Ophthalmol. Gesellschaft (12).
Prurigo, F. v. —ferox 35.
Pruritus, — als Sympt. d. M. Basedowii 73.
Pseudomelia paraesthetica, — als Sympt. e. Hirnaffekt. (10).
Psoas, z. Aetiol. d. —abszesse 279*.
Psoriasis, üb. — (19).
—, Beh. d. — m. heiss. Luft (26).
Psychiatrie, Lehrb. d. — 7.
—, neue Erfahr. üb. — 197.
—, Methylenblau i. d. — (10).
Ptomaïn, Lähmung. b. —vergift. (14).
Ptosis, z. —operat. (12), (22).
Ptosis viscerum, üb. — 352.
Pubiotomie, Beitr. z. —frage 405, 485*, 496*.
Puerperalfieber, Puerperium, s. Sepsis, Wochenbett.
Pyämie, z, Kas. d. otogen. — (6).
Pyelitis, F. v. —calc. 350.
Pyocyaneus, üb. —pneum. 351.
Pyramidon, — b. Typh. abd. 339.

R.

Radium, Kankr. d. Lid. geheilt d. — (31).
Rektum, art. Blutvers. d. —s (1).
Rheumatismus, z. Kas. d. Tripper — (31).
Regiment, d. —s — Okolotok (27).
Roentgenapparate, Gebr. d. gr. — m. Handmotor (24).
—, Hilfsvorricht. f. d. — 330.
Roentgenstrahlen, Kompend. d. — ther. 7.
Rueckenmark, F. geheilt. Erkr. d. —s (3).

S.

Salpingoskopie, d. — (27).
Saluti aegrorum, 15.
Salvia, — offic. b. Schweiss. (11).
Sanatorium, V. Ber. üb. d. Tätig. d. —s zu Pitkäjärvi 505*.
Sanitätsstationen, Zweckm. d. milit. — (4).
Sanitätswesen, z. Reorgan. d. —s a. d. Lande 283, 383.
Sarkom, F. v. — d. Orbita 209.
—, F. v. — d. Larynx 438.
—, F. v. — d. Oberschenkels (3).
—, F. v. Lympho— geh. d. Ichthyol (11).
—, F. v. — d. äuss. Genital. (18).
—, F. v. Fibro—a vulvae (21).
—, F. v. Melano— d. Bindehaut (22).
—, F. v. — d. Nebennieren (24).
—, F. v. — d. Hals. (30).
Schaedel, gegenwärt. Stand d. — lehre 363.
— 3 —fraktur. (11).
Scharlach, Diät b. —nephritis 34.
—, Nagelveränder. n. — 60.
—, Masern, — etc. 139.
—, ther. Wert d. Serums b. — (3).
—, —epidemie in Cherson (11).
—, z. Serumbeh. d. — (24).
Scheitelbein, üb. hint. —stellung (21).
Schlammbäder, Verwert d. Moor- u. — 135*, 147*, 426.
—, üb. — u. Radioaktivität 368, 443*, 451.
—, Erfahr. üb. d. Wirk. d. — 493*, 498.
—, d. —beh. d. Wirbelsäule (10).
—, d. —beh. d. weibl. Genitalaffekt. (18).
Schreibkrampf, Prophyl. u. Ther. d. —s (4).
Schulstatistik, üb. Schüleruntersu. u. — 316.
Schulterblatt, Amput. intersc. thor. b. bös. Geschw. d. —s (6).
Schwangerschaft, s. Gravidität.
Schweiss, Salvia b. —en (11).
Sehen, d. — in Zerstreuungskreisen (22).
Sehnenscheiden, 2 F. v. —entzünd. 352.
Seitenkettentheorie, Haupts. d. Ehrlich. — 317.
Sepsis, Beitr. z. Fr. d. puerp. — 241.
Septum ventricul., F. v. Defekt im — 449.
Serumtherapie, — d. Erysipel. 59*, (3).
—, z. Heil — 161.
—, Nachwirk. d. Diphth. — 353.
—, — d. Appendicitis (2).
—, — d. Ozaena (2), (13).
—, — d. Scharlachs (3), (24).
Sinusthrombose, d. Differentialdiagn. b. otit. — 519, 530.
Skiaskopie, — (3).
Sklerodermie, F. v. — 531.
Skrotum, F. v. Gangraen d. — 362*.
Spermatorrhöe, z. phys. mech. Ther. d. — 348*.
Spermatozoen, d. — d. Sänger (21).
Spiritismus, — u. Geisteskr. (9).
Spiritusöfen, Beheiz, d. temp. Hosp. m. — (26).
Spirochäten, e. —befund b. schw. Anaemie u. karz. Lymph. 194*, 530.
—, — b. Syphil. (21).
Spondylitis, üb. — typhosa (6).
Sprachstörung, üb. —en 28.
—, selt. — 405.
Sprengkugeln, Gebr. d. — b. d. Japan. (26).
Sputum, d. chem. Analyse d. —s 415.
Strahlen, üb. d. — v. Blondlot u. Charp. (10).
—, Gedankenlesen u. N— (10).
Struma, — ovarii (17).
Studienreise, fünfte ärztl. — 463*.
Sympatikus, s. Nervus —
Symphyseotomie, üb. — 107*, 112.
—, z. Gesch. d. — (32).
Syphilis, F. v. — haemorrh. 26.
—, F. v. prim. — d. Zunge 208.
—, F. v. — 209.
—, F. v. — cerebri 352.
—, F. v. bös. — (4).
—, Diabetes insip. n. — (7).
—, z. Fr. d. —spirochaeten (21).
—, aussergeschl., —infekt. (25).
—, F. v. Distrophien b. hered. — (30).
—, F. v. — gonit. (31).
—, Bed. d. Harnanalys. auf Hg. b. —beh. (31).
—, hyster. Arthralgien b. — (31).
Syringomyelie, Erkr. d. Knoch. u. Gelenke b. — (25).

T.

Tabes dorsalis, Diagn. u. Beh. d. — 139.
Tannigen, — b. Diarrh. d. Kind. (11).
Tarsitis, F. v. — luet. 532.
Tenotomie, — u. Muskeldehn. (12).
Teratoma, —ovarii (17).
Tetanie, 4 F. v. — (19).
—, — auf hyster. Basis (27).
Tetanus, F. v. — hydrophob. 533.
Theocin, — als Diuretikum (11).
Therapie, Leist. d. — i. J. 1903, 350.
—, Leist. d. — i. J. 1904, 540.
—, Taschenb. d. — 518.
Thyreoidea, Geschw. d. acces. (6).
Tonsillen, Knorpelgewebe i. d. — (11).
Toxine, Einführ. v. —n i. d. Liq. cerebrospin. (18).
Trachea, F. v. Fremdkörper in d. — (20).
Trachom, Beh. d. —s m. Cupr. acet. (4).
—, F. v. — u. Oedem d. Lider (22).
—, d. Augensanitätsstation f. —behandl. (25), (26), (27).

Digitized by Google

Trachom, ambulat. mech. Beh. d. —s (26).
Traenenapparate, d. — d. Kaninch. (12).
Trinkwasser, Versorg. d. Milit. m. — (4).
Tube, Demonstr. e. gravid. — 9.
—, prim. —nkrebs (8).
—, s. a. Extrauteringravidität.
Tuberkulin, Wert d. —s f. d. chir. Diagn. 139,
—, mod. Meth. d. —anwend. 179*, 465.
—, üb. b. Rind. — 465.
Tuberkulose, Herz - Lebervergröss. Frühsympt. d. — 5*.
—, d. konstit. Faktor i. d. —frage 39*.
—, spez. Beh. d. — 110.
—, F. v. — d. Unterlippe 140.
— F. v. — d. Niere 140, 208.
—, üb. Blasen— 149.
—, Ber. üb. d. Tätigk. d. Gesellsch. z. Bek. d. — in d. Ostseeprovinzen 184, 342.
—, Ehe, — u. Schwangersch. 229.
—, üb. — d. Auges 317.
—, d. Verbreitungswege d. — im mensch. Körper 394.
—, F. v. beiders. Iris-- 437.
—, üb. d. — d. Coecum (5).
—, Operat. b. — d. gross. Gelenke (7).
—, Blutzirkulat. u. Knochen— (7).
—, Mischinfekt. b. chirurg. — (7).
—, üb. — d. Genitalorg. (8).
—, — d. Herzmusk. (11).
—, F. v. — d. Bindehaut (22).
—, Bekämpf. d. — i. d. Armee (27).
—, s. a. Lungen—
Tumor, Demonstr. e. doppelseit. Ovarial—s 342.
—, d. malign. —en im Kindesalter 404.
—, F. v. —en der Brüste 499.
—, z. Kas. bös. —en (2), (6).
—, d. —en d. Sehnerv. (12), (32).
Typhus, Fickers —diagnost. 447.
—, s. a. Widalsche Reaktion.
Typhus abdominalis, Pyramidon b. — 339.
—, Komplikat. d. — (13).
—, Operat. d. perf. Peritonitis b. — (14).
—, üb. — (20).
—, z. Epidem. d. — im Lager (26), (27).
—, d. — im Militär v. 1887—1902 (26).
—, d. Erdgraben in d. Epidem. d. — (27).
Typhus recurrens, z. Ther. d. — (25).

U.

Ulcus, Demonstr, versch. F. v. — 140, 172.
—, F. v. perigenit. — (31).
Ulcus molle, z. Kas. extragenit. — (2).
Ulcus rodens, F. v. — 128.
Ulcus rot. venticuli, F. v. — 8.
—, z. Kas. d. Perfor. d. — 415.
Unfall, —schädig. d. Augen (12).
Ureteren, z. Chir. d. — 448.
Urethra, F. v. doppelt. — (31).
Urethritis, F. v. Gonokok. — (30).
—, F. v. — (31).
—, s. a. Gonorrhoe.
Urogenitaltherapie, hydrostat. Meth. d. — (7).
Urologie, Lehrb. d. — 16.
—, Handb. d. — 394.
Urticaria, F. v. —perstans (7).
Uterus, oper. Beh. d. Fibromyome d. — 157*, 167*, 394.
—, Urs. u. Beh. d. —prolapse 161.
—, Demonstr. e. myom. — 207.
—, Enucl. d. —fibrome (1).
—, üb. Inversion d. — (3), (13).
—, z. Totalexstirp. d. — (Porro) (8).
—, Beh. inf. puerp. Proz. i. d. —höhle (8).
—, abdom. Totalexstirpat. d. karzinomat. — (14), (18).
—, üb. Perforat. d. —wand b. Sondier. (14).
—, s. a. Cervix, Myom.

V.

Vagina, —le u. abdom. Operat. 8.
—, Steinbild. in d. — (21).
Variola, F. v. — 209.
—, üb. d. Erreger d. —, Variolois etc. (14), (20).
Ventilation, — d. Wohnräume (3).
Verbandplätze, d. — im Türkenkriege (24).
Verbrennung, Tod d. — im Ofen 51*.
—, Ursach. d. —ssymtome (5).
Vergiftung, d. —en 478.
—, Methylalkohol— 32, 44, 162, 316.
—, Lähmung b. Ptomain— (14).
Verletzung, Augen—en d. Zeitungshalter (16).
— z. Kas. d. Penis—en 49*, 57*.
—, 56 Messerstich—en d. Pleuraraum. 374.
Verletzung, F. v. Augen— 425.
—, —en d. japan. Feuerwaffen (2), (13).
—, üb. Schuss—en d. Magens (3), (13).
—, üb. —en d. modern. Mantelgeschosse (11).
—, F. v. Aneurysma n. Schuss— (25).
—, Herabsetz d. Arbeitsfähigk. n. Augen—en (31).
—, z. Kas. d. Schuss—en d. Augen (31).
Verwundete, Transport d. —n im Kriege (24), (25), (26), (27).
Vulva, F. v. Fibrosarkoma —e (21).

W.

Waschapparat, neu. — (3).
Wasser, Desinfekt. d. Trink—s (25).
Widalsche Reaktion, üb. d. — (26), (27).
—, s. a. Typhus.
Wiesbaden, Briefe a. — 94.
Winterkleidung, d. — d. Gesund. u. Krank. (25).
Winterkuren, — i. Hochgebirge 43*.
Wirbelsäule, d. Schlammbeh. d. — (10).
Wismut. Anwend. d. —s b. Magendarmstörung 99*.
Wochenbett, z. Hyg. d. Schwangersch. u. d. —s 206.
Wolfsrachen, F. v. — 394.

X.

Xeroderma pigment., üb. — 209.
—, Augenveränder. b. — 317.

Z.

Zaehne, Beh. d. — in d. Armee (26). (27).
Zahnheilkunde, Kursus d. — 448.
Zehen, Deformat. d. — (3).
Zeitungshalter, Augenverletz. d. — 16.
Zunge, luet. prim. Affekt. d. — 208.
— 2 F. v. —nkrebs 252.
Zwangsvorstellungen, z. Kas. d. — (20).

Digitized by Google

Namen-Register.

Abbe, E. † 20.
Abramytschew, P. † 500.
Abrikossow (30).
Achert 255*.
Adelheim 359*, 369*.
Adolphi, G. (21).
Adolphi, H. 477*.
Afonski, N. † 151.
Agababow (22).
Alberti, J. † 76.
Alfven 447.
Altenberger, G. † 88.
Amenitzki (26).
Ananow, S. † 36.
Andrshejewski (24).
Anossow (30).
Aparin, J. † 417.
Arapow (6).
Arbusow (6).
Archangelski, A. † 20.
Arneth 529.
Arnstein (13).
Arronet 363, 443*, 451.
Arschawski (11).
Arshenewski (20).
Asch 60.
Aslezki (3).
Astwazaturow (25), (27).
Aubel, J. van † 36.
Aufrecht 445.
Awdejew (24).

Baginsky 447.
Baimakow (11).
Bakaleinik (2).
Balaschow (17).
Ballhausen, v. 541.
Bartenew (19).
Barth (6).
Barth u. Tauber (26).
Bary 86.
Bastian, A. † 76.
Bechterew (9), (10).
Beck 161.
Behr 363, 406.
Beldau 383.
Benezet, A. † 533.
Berdjajew (3).
Beresin, A. † 76.
Beresnegowski (6).
Berg, A. 117*, 125*, 383.
Berg, F. 438.
Berg, H. 52.
Bergengrün 53.
Berger (31).
Bergmann 258, 259, 329, 340, 350, 438.
Bertels 73.
Bertenson, B † 245.
Bertenson, L. (4), 541.
Bidder, A. † 260.
Biedert 447.
Biedrichson (31).
Binswanger u. Siemerling 7.
Blagoweschtschenski 12.
Blanche-de-la-Roche (25).
Blécourt u. Nijhoff 26.
Blessig 16, 85.
Blumberg (1).
Bockenheimer u. Frohse 270.
Bogoljubow (6), (29).
Boikow (31).
Boltenstern 478.
Borchard (25).
Borel 541.
Bornhaupt, T. † 104, 141.
Borowikow (27).
Borowski (25).
Bosse 413*, 416, 417.
Brackebusch 479.
Brandstedt, F. † 440.
Braunstein (12), (31).
Brehm 27, 93, 258, 259, 307, 330.
Brennsohn 139, 208.
Bresler 383.
Broschniowski (4), (27).
Bruttan, P. † 500.
Buch 51*.
Buchholz 73.
Buengner, O. v. † 342.
Buettner 307.
Buettner, C. † 162.
Bulatow, P. † 453.
Buller u. Casey Wood 32, 44.
Bunge 542.
Bunin, H. † 88, 233.
Bunting, G. † 520.
Burckhardt, E. † 440.
Burdon-Sanderson, J. † 543.
Burshalow (2).
Burzew (22).

Casper 16.
Charitonow (3), (26).
Chlebnikow, J. † 28.
Chlopin 542.
Chmelewski (10).
Chodin, A. † 95.
Cholodkowski (1), (32).
Christiani 209.
Cohn 448.
Colmers 120.
Cook u. Briggs 139.
Cukor 325*.
Czermak 328.

Danielbeck, A. † 321.
Danilewski, A. (3), (4).
Danilewski, W. (11).
Daragan, D. † 490.
Dawydow (26).
Dedjurin, I. (31).
Dedjurin, W. (31).
Dedow (9),
Dehio 161, 195, 317, 363, 407, 489.
Demjanow, S. † 221.
Derjushinski (1).
Determann 159.
Didrichson (26).
Dieterichs (5).
Dimant (32).
Djatschkow (2).
Dobbert 157*, 167*, 394.
Dobrowolski (25).
Dobrynin, P. † 480.
Dogadkin (3).
Dolmatow (4).
Dombrowsky 16, 61, 171.
Dornblüth 139.
Dwueglasow, N. † 65.
Dynowski, K. † 65.

Ebstein und Schwalbe 405.
Eckhardt, C. † 151.
Ekstein 241.
Eliasberg, J. 73, 257, 372, 395.
Eliasberg, M. 26, 110.
Eliasberg, S. † 453.
Elsner, M. † 309.
Emerson 133.
Engelhardt 241.
Engelmann 26, 308, 337*, 347, 518.
Erikson (10).
Ermolinski (25).
Eulenburg 110.
Eurén 109.

Fagerlund 404.
Falco, A. † 54.
Fedorow, A. (25).
Fedorow, I. (11).
Fedorow, S. (5).
Fedorow, W. (18).
Feer 60.
Feldmann (8).
Feldt 179*, 465.
Felser (12).
Fenomenow (14).
Ferchmin, J. † 221.
Fick 415.
— u. Ucke 426.
s. a. Wichert u. —
Filontschikow (25), (26).
Filosofow (20).
Fischer, E. 241.
Fischer, F. 241.
Fischer, F. † 287.
Flemming, W. † 321.
Florowski, S. † 173.
Fomin 541.
Fortunatow, A. † 210.
Fraenkel (24).
Frankenstein, E. † 151.
Frantzen, A. † 103, 104.
Frey 110.
Friedberg 209.
Frisch u. Zuckerkandl 394.
Frohnstein, M. † 365.
Frolow, P. (31).
Frolow, P † 120.
Frolow, W. (27).
Fuerbringer 350.
Fuerstenheim 160.

Gabriolowitsch, M. † 274.
Gadsjazki (3).
Ganshinski (26).
Garmaschew (26).
Gaupp 61.
Geischthor, D. † 233.
Gelinka (27).
Geuter (11).
Georgijewski (1).
Germann 87, 141, 425, 448, 450.
Gintillo (7).
Glagolew, D. † 397.
Glinski, G. † 186.
Glintschikow (26).
Gnadeberg, A. † 299, 521.
Goldberg 209.
Goldscheider 7.
Goljachowski † 500.
Golowin (32).
Golubinzew (24), (27).
Golynez (4).
Grabowski, A. † 221.
Graeter u. Hoessle 129.
Gratschoff 139.
Graubner 34, 479, 499, 532.
Greiffenhagen 352, 365.
Greiz (26).
Grigorjew, W. † 286.
Grigorowitsch (21).
Gromow, W. † 210.
Gromyko (4).
Grot 49*, 57*, 308.
Grubert, E. † 333.
Grusdew (17).
Gubarew, A. (21), (29), (32).
Gubarew, P. † 321.
Guenther, R. † 65.
Guenzburg, (31), (32).
Gurfinkel (31).
Gurwitsch (4).
Guschkina (3).
Gutowski, I. † 113.
Guttmann 103.
Guye † 36.

Haab 328.
Haase, A. † 120.
Hahn (24).
Halbey, H. † 198.
Halicki, A. † 467.
Haller 353.
Halpern, C. † 490.
Hampeln 372, 406.
Harms 364.
Harmsen, W. † 298.
Hasenfeld † 88.
Heermann 72.
Hellat 394.
Henschen 528.
Hermann (2)
Heryng 437.
Henking 489, 529, (6).
Heydmann 209.
Higler, N. † 54.
Hilger, A. † 198.
Hirsch 352, 374.
Hirschberg 221, 316.
Hjelt 542.
Hjort, J. † 104.
Hoerschelmann 465.
Hoerschelman (Rappin) 363.
Hohlbeck (6).
Hollmann 150, 499.
Holmgren 383, 447.
Holst, R. v. 243.
Holst, W. v. 197.
Holsti 404.
Horn, K. † 385, 396.
Hosch, F. † 532.
Huebner, F. † 440.

Idelsohn 23*, 241.
Ignatjew, I. † 333.
Iljin (25).
Ischreyt 209, 317, 532.
Iwanissow (24).
Iwanow (24).

Jacoby, O. † 343.
Jakobson, L. † 28.
Jasnizki (4), (25).
Jastrowitz 161.
Jebzina (30).
Jegorow (25).
Jerofejew, T. † 120.
Jewdokimow (31).
Jewetzky 306.
Jewplow, J. † 20.
Jewssejew (3).
Johansen, A. † 261.
Jordan 59*.
Jossifow (2).
Josten (12).
Juchkamson, J. † 397.
Jurgenson 541.
Juergensohn, B. † 20.
Juerjew, P. † 245, 520.

Kablukow (30).
Kadazki (24).
Kadygrobow (5).
Kakuschkin (32).
Kalinowski (26).

Digitized by Google

Kaljewitsch, K. † 333, 520.
Kamenski 541.
Kammerer † 274.
Kannegiesser (8).
Karejew, G. † 520.
Karpow (31).
Kartsch-Kartschewski (26).
Kasas (32).
Kaschkadanow (11).
Kasjanow, J. † 186.
Kassatkin † 408.
Kassil (22).
Katterfeld, A. † 519.
Katz (12), (22).
Katzaurow (31).
Kaufmann (21).
Keteli 541.
Keilmann 107*, 112, 195, 207, 466.
Kenarski (20).
Kengsep 531.
Kernig 172.
Kessler 197, 219, 421*, 459*, 473*.
Keyserlingk 341, 364.
Kieseritzky 34.
Kijanizin (3), (26).
Kikuth 229.
Killian 85.
Kirilow (3).
Kirkorow, S. † 429.
Kisch 109.
Kissel (20).
Kistjakowski (27).
Klau 35, 45, 303*, 313*.
Klemm, O. 340, 439.
— Mühlen, und Anspach 438.
Klemm, P. 339, 340, 350, 383, 395, 438, 466 530.
Kletschetow (4).
Kujashikowski, E. † 319.
Knochenstiern 318.
Kochanow, P. † 162.
Koelliker, A. v. † 455.
Koevesi u. Roth-Schulz 171.
Kohlschütter, E. † 375.
Kolewitzki (21).
Kolossow (5).
Kolpakow (3).
Komocki, F. † 375.
Kondratjew, A. (12).
Kondratjew, E. (3).
Koppe 316, 363.
Koppel 8.
Kopranski † 408.
Korczynski, E. † 453.
Kornilow, A. † 198.
Koslowski, B. (6).
Koslowski, M. (22).
Kosmin, A. (26).
Kosmin, L. † 365.
Kostenitsch (4), † 541.
Kostin, S. † 408.
Kraunhals 339.
Krassjuk, N. † 46.
Krebel, K. † 245.
Krehl 85.
Kretschmann, J. † 356.
Kretschunesko † 520.
Kriwski (21).
Kritzki (26).
Kroeger 291*, 297.
Kroeger, S. † 162
Kruedener 437, 450.
Krushilin (25).
Kuegler 457*.
Kuettner 405, 485*, 496*.
Kunkel, A. † 356.
Kupffer 283.
Kuschew (11), (14).
Kusick 342.
Kusnetzki (1).
Kusnezow, D. † 151.

Labsin (25).
Labuz, W. † 309.
Laehr, H. † 366.
Lahmann, H. † 210.
Landschewski, N. † 10.
Lapschin (11).
Laquer 43*, 99*.
Lasarew (12).
Lasizki (24).
Lawrow (4), (14).
Lebedew, J. (27).
Lebedew, S. † 162.
Leersum, van 541.
Lenhartz 182.
Lenz, B. † 453.
Lesser 60.
Leube 189.
Leuthold, v. † 490, 500.
Lewaschow (13).
Lewicki, G. † 299.
Lewin (27).
Lewschin (11).
Lezenius 85, 191*, 204*.
Lifschitz (4).
Lilienthal, E. † 118.
Lindheim 15.
Lingen 61.
Lingg, H. v. † 233.
Ljasso (2).
Ljubomudrow (4), (26).
Lönnqvist 215*, 227*.
Loktew (12).
Ludwig, G. † 46.
Lukin, T. † 299.
Lunatscharski, P. † 28.
Lunin 449.
Lurja, J. † 429.
Lurje (22).
Lwow, J. † (17).
Lwow, M. † 88.

Maklakow (12).
Malkow, W. † 385.
Maloutis (26).
Mandelstamm (22).
Mankowski (19).
Mansurow (4).
Marcel, L. † 467.
Maschin, J. † 417.
Masin, J. † 343.
Masing, jun. 197.
Masing, sen. 128, 405, 515*.
Maslennikow (12), (22).
Maslowski (2).
Massmann, F. † 397.
Matawkin, A. † 286.
Matschichin, G. † 120.
Matwejew, A. † 142.
Matzner 265*, 280*, 294*.
Maximow (18).
Maximowitsch (25).
Maydell 352.
Mayer, G. 161.
Mayer, G. † 246.
Mediokrizki, N. † 198.
Medwedew (27).
Meinshausen, R. † 480.
Meissner, G. † 113.
Mentschinski (13).
Mey 286, 506.
Meyer, E. † 221.
Meyer, J. 8, 9, 103, 206, 207.
Meyer, K. 405.
Michailow, N. (1).
Michailow, P. (19).
Migai (4).
Mikulicz Radecki, v. † 233.
Milejew, T. † 286.
Milewski (25).
Mintz (1).
Mironow (8).
Miropolski (7).
Mitrofanow (32).
Mjikertschjanza (18), (21).
Monse (25).
Moritz, E. 282.
Moritz, O. 79*, 194*, 394, 530.
Mracek 110.
Muehlen, A. v. z. 73, 438, 439, 530.
Muehlen, F. v. z. 74.
Muehlen, G. v. z. 342.
Muenster, H. † 408.
Murray, W. S. † 95.
Mursin (4), (26), (27).

Nadeïn, A. † 286.
Nagel 529.
Nagorski 541.
Narzissow † 365.
Nedrigailow (25).
Nedselski (6).
Neese (22), (32).
Nenadovics 135*, 147*, 426, (18).
Neuburger und Pagel 73, 149.
Neumayer, H. 542.
Newjadomski (14), (20).
Niedzielski, S. † 261.
Niewenhuis 541.
Nikiforow, H. † 408.
Nikiforow, M. (30).
Nikitin (10).
Nikonow (18).
Nothnagel, H. † 274.
Nottbeck 318.
Nummermann, S. † 198.

Obesjanow 541.
Obniski, K. † 520.
Obraszow (20).
Oefele 102, 217*, 415*.
Ohlschwanger, M. † 481.
Okintschitz (18), (22).
Okmjanski (26).
Omeljanowski, L. † 10.
Omeltschenko (13), (21).
Oppel (5).
Orlow, A. † 129.
Orlow, N. (24).
Orlow, W. (14).
Orlowski (1).
Orthmann 448.
Ossipowski (3).
Otschapowski (12).
Otto 1*, 8, 13*.

Pachomow (26).
Paldrock 35, 308.
Paltschikowski, J. † 430.
Papisow (7).
Paucker, K. † 375.
Pawlow (27).
Perman 7.
Peters 194.
Petersen 16, 128, 140, 172, 173.
Petersenn, A. † 20.
Petrèn 488.
Petrow, N. (7).
Petrow, W. (20).
Petrulis (5).
Pezold 505*.
Pick 350.
Pikok, R. † 309.
Pincus 493.
Piotrowski, O. † 142.
Piramidow, N. † 142.
Plotnikow, A. † 417.
Podobanski (25).
Podobjedow, B. † 520.
Pohl, H. † 10.
Pokrowski (4).
Pol (27).
Poletika, M. † 64.
Poljankow, S. † 321.
Poljesski-Schtschipillo, N. † 408.
Pollatschek. 350, 540.
Poltawzew (30).
Popow, D. (20).
Popow, W. (22).
Pospelow, A. (29).
Pospelow, P. (27).
Potemkin † 467.
Prissmann 209, 231, 463.
Prochorow (27).
Prosorowski (29).
Prosorski
Protodiakonow, A. † 299.
Protopopow, C. † 333.
Protopopow, I. (25).
Prshewalski (7).
Prüssian 94.
Prussak, K. † 173.
Przeszko, F. † 129.
Puschkina (13).

Rabeck, L. † 481.
Rachmaninow (19).
Radin (10).
Radsimowski, J. † 76.
Raimist (10).
Ramström 393.
Raphael 128*.
Rappoport (10).
Raptschewski (26).
Rasdolski (25).
Rasumowski (7).
Raue 363, 525*, 537*, 540.
Reclus, P. 541.
Resnikow (8).
Reusner 389*.
Riemschneider 34.
Rippe (3).
Ritter v. Basch, S. † 186.
Rodari 161.
Roehrich, B. † 173.
Roethig 16.
Rosanow (30).
Roschtschinin, T. † 28.
Rosenberg, S. † 397.
Rotmann (7), (20), (30).
Rott, W. † 245.
Rubinow (3), (13).
Rudski, A. (2).
Rulle, J. † 233.
Rumjanzow, W. † 309.
Rumschewitsch (22), (32).
Rudin (31).
Rudnitzki (31).
Ruth 207.
Ryndowski, D. † 440.

Sabludowski (4).
Sadikoff 51*.
Sakejew, W. † 385.
Salzberg (11).
Samurawkin (25), (27).
Sanderson, J. † 481.
Sass 363, 493*, 498.
Sassaparel (4).
Sawarykin, T. † 173.
Sawisza, K. † 46.
Sawoiski (25), (26), (27).
Schabert 340, 351, 396, 433*.
Schanz 529.
Schaper, A. † 375.
Schaper, H. † 408.
Schatalow, N. † 115.
Schatzfaier, A. † 333.
Schech, P. † 286.
Schendrikowski, I. (4), (25).
Schendrikowski, W. (4).

Scher (3).
Schestakow (27).
Schidlowski (26).
Schiele u. Ucke 61.
Schill, W. † 36.
Schimanowski (22).
Schmähmann 208.
Schmid, H. † 95.
Schmidt, A. 7, 401*.
Schmidt, H. 7.
Schmidt, K (14).
Schmidt, M. 184.
Schmitz 119, 394.
Schnirer 518.
Schnirer und Vierordt 329.
Schoenborn 383.
Schoenfeldt, L. 92.
Schoenfeldt, M. 531.
Schor (30).
Schtschetkin (8).
Schulek, W. † 95.
Schultz, P. † 299.
Schulz, N. † 458.
Schulz, W. (27).
Schumkow (27).
Schumow-Ssimanowski, K. † 321.
Schwalbe 26.
Schwartz 219.
Schwartze u. Grunert 436.
Schwarz, E. 466.
Schwarz, O. 270.
Schweigger, K. † 356.
Scriba, J. † 10.
Sebauer, M. † 375.
Seldowitsch (2), (13).
Selenew (2), (30).
Selenkowski (4).
Senator und Kaminer 393.
Sender 61.
Sengbusch 330.
Serrano, J. † 46.
Setschenow, J. 467.
Shdanow, T. † 309.
Shukowski (19).
Siebenmann 479.
Siebert 533.
Siebold (11).
Simin (3), (13).
Simnitzki (11).
Simonson 362*.
Sipnewski, W. † 30.
Sisemski (2), (13).
Sizinski (8).
Skrobanski (18).
Slantschewsky, N. † 375.
Slawski (3), (13).
Smirnicki, B. † 343.
Smirnow, J. † 20.
Smirnow, S. † 274.
Smith, K. † 186.
Snegirew (17), (18).
Sobotta 110.
Soltmann 139.
Sonnenblick und Logaschkin (25).
Soskin, H. † 210.
Sowinski (31).
Sponholz, E. † 10.
Springer, M. † 129.
Ssachanski (6).
Ssamochotzki (5).
Ssawinow, S. † 54.
Sserapin (6).
Ssereshnikow (24).
Ssidorow (20).
Ssinjuschin (7).
Sslawutinski, N. † 480.
Sslonim, M. † 356.
Ssoczolowski, T. 430.
Ssokalskaja, M. † 490.
Ssokolowski (19).
Ssolowjew, T. (7).
Ssubbotin (3), (13).
Ssuchow (4).
Ssudsilowski, N. † 46.
Ssujetinow, A. † 299.
Starkow (1).
Steffen 404.
Stein, K. † 356.
Steinberg, O. † 186.
Stembart, V. † 233.
Stern (11).
Sternberg 541.
Stershemenski (25).
Strashewsky, M. † 417.
Stratiewski (8).
Stratilatow, N. † 95.
Straume 209.
Stravinski (27).
Strelkow (26), (27).
Ströhmberg 44, 69*, 162, 316, 363, 489.
Styrikowitsch, A. † 440.
Sylvester, A. † 10.

Taljanzew (29).
Tappeiner 149.
Tarassow (27).
Tarenezki, A. † 467.
Tarsaidse, G. † 54.
Tatarinow, B. † 533.
Tauber (24).
Tereschenkow (6).
Tereschtschenko (4).
Terrepson 8, 149, 317, 348*, 379*, 435.
Thilo 308.
Thomson 332.
Thomson, H. (8), (17), (21).
Thomson, R. † 95.
Tichomirow, J. † 343.
Tichomirow, W. (3), (11).
Tichow (6).
Tinker 139.
Tolmatschew (12).
Tomaschewsky 203*.
Topalow (4).
Totescha (3), (13).
Trampnau, J. † 385.
Triarski, A. † 286.
Troizki, N. † 46.
Truhart 8, 237*, 251*, 307.
Tschaussow (26), (27).
Tschemolossow (12).
Tscherbakow (11).
Tscheremschanski, Alex. † 429.
Tscheremschanski, Ap. † 46.
Tscherinow, M. † 151.
Tschernow (19).
Tschish (9).
Tschistjakow (12).
Tschudnowski (10).
Tschulkow, W. † 162.
Tuerk 60.
Tuffier (1).
Turtschaninow (27).
Twarjanowitsch (3).

Ucke 62. 427.
s. a. Fick u. —
Schiele u. —
Ulesko - Stroganowa (17).
Ungern-Sternberg 87.
Unterberger 5*, 39*, (27)
Urasow, G. † 76.
Uspenski (7).
Utrobin (8).

Vierhuff 279*.
Vietinghoff-Scheel 91*.
Vogel 52.
Vogeler, A. † 36.
Volkmann, A. † 142.
Voss 220, 518.

Waindrach, C. † 245.
Walter, F. † 173.
Wassiljew, E (3).
Wassiljew, G. † 299.
Wassiljew, W. † 28.
Wassiljewski, P. † 321.
Wedenski (1).
Wegener, A. v. † 233.
Weifenbach 129.
Weissmann 405.
Werekundow (4).
Werncke 317.
Werner, G. † 260.
Wernicke, K. † 245.
Werschinin (7).
Westphalen 172.
Wichert u. Fick 140.
Widstrand 382.
Winckel 85.
Winogradow, A. † 104.
Winter 161.
Wistinghausen 374.
Witte, W. † 104.
Wladimiroff 465, 488.
Woinow, L. † 397.
Woizechowski (27).
Wojatschek (25), (26), (27).
Wolkowitsch (7).
Wollerner, A. † 54.
Wood, s. Buller u. —
Worobjew, V. † 541.
Woronow (4).
Woskrossenski (5).
Wreden (25), (26).
Wszebor, J. † 65.
Wunkow (11).

Zarniko 529.
Zazkin (12), (24).
Zeitlin (4), (25).
Ziegler, E. 528.
Ziegler, E. † 490.
Zimmermann (26).
Zoege v. Manteuffel 63.
Zondek 448.

Digitized by Google

FEB 17 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1. Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 1 St. Petersburg, den 8. (21.) Januar. **1905.**

Inhalt: Dr. med. Richard Otto: Ueber einen Fall von Endotheliom des Mediastinum und der Pleura mit Uebergreifen auf die Leber. — Dr. S. Unterberger: Herz-Lebervergrösserungen, ein Frühsymptom der Schwindsucht. — **Referate:** E. S. Perman: Ueber die Indikationen zur Operation bei Appendicitis nebst Bericht über operierte Fälle im Krankenhause Sabbatsberg. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** Prof. A. Goldscheider: Anleitung zur Uebungsbehandlung der Ataxie. — H. Schmidt: Kompendium der Röntgen-Therapie. — Adolf Schmidt: Die Funktionsprüfung des Darmes mittelst der Probekost. — O. Binswanger und E. Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. — **Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.** — **Vermischtes.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

Ueber einen Fall von Endotheliom des Mediastinums und der Pleura mit Uebergreifen auf die Leber.

(Vortrag, gehalten am 26. Mai 1904 in der med. Gesellschaft zu Dorpat.)

Von

Dr. med. Richard Otto, Dorpat.

M. H. Die Differentialdiagnose zwischen dem seltenen Pleuratumor und der chron. Pleuritis gehört in Anbetracht der oft übereinstimmenden Symptomenbilder zu den recht schwierigen Aufgaben des Arztes. Es ist daher verständlich, wenn man bei Endotheliom der Pleura eher zur Deutung chronischer Pleuritis neigt und damit die richtige Diagnose verfehlt. Noch unklarer gestalten sich die Dinge, wenn der Tumor sich auch auf die Lungen erstreckt und der chronische Husten, die Abmagerung und die Kachexie in den Vordergrund treten. Dann wird man leicht zur Annahme tuberkulöser Grundlage gedrängt und der negative Ausfall bei Untersuchung des Sputums auf Tuberkelbazillen wird einen schwerwiegenden Gegengrund gegen die anscheinend wichtige Deutung des Krankheitsprozesses nicht abgeben können.

Aber es ist bei Endotheliom der Pleura nicht allein zur Annahme von Pleuritis und Tuberkulose gekommen, wir finden in der Literatur Fälle, in denen man ebenso sehr an ein Empyem, einen Haematothorax, ein Emphysem und anderes glaubte, bevor man im weiteren Verlauf oder erst am Schlusse der Krankheit auf die richtige Fährte kam. Um diesen Irrtümern möglichst zu entgehen, hat nun A. Fraenkel[1]) auf folgende 4 Hauptsymptome aufmerksam gemacht.

1) Auf den Nachweis von Geschwulstpartikelchen in der Punktionsflüssigkeit. Gemeint sind die verfetteten Krebszellen Quincke's[2]), die meist in ganzen Zellverbänden zu sehen sind.

2) Auf die stark haemorrhag. Beschaffenheit des Exsudats im Gegensatz zu den meist helleren Flüssigkeiten bei Tuberkulose.

3) Auf den Fettgehalt des gelegentlich chylösen Exsudats, das freilich auch bei Tuberkulose vorkommt, und

4) Auf die ziemlich hochgradige Verengerung des Brustkorbes, wie sie nach mehrfacher Entleerung des Exsudats auffallend schnell hinten und seitlich zustande kommt.

Diese 4 Erkennungszeichen Fraenkels sind, obgleich sie zur Frühdiagnose nicht ausreichen, immerhin wertvoll genug, um, wenn auch allmählich, zur Erkenntnis der malignen Neubildung zu führen.

Solange nun die Kasuistik dieser, wie wir sehen werden, höchst eigenartigen Neoplasmen sich noch in bescheidenen Zahlen bewegt und unsere Kenntnis über dieses Kapitel namentlich in klinischer Hinsicht noch mancher Ergänzung bedarf, wird jede Mitteilung dieser Art von Wert sein; nach irgend einer Seite, ob nach der abweichenden, ob übereinstimmenden, wird sie unser Wissen vermehren und fördern. In diesem Sinne glaube ich Ihnen, m. H., folgenden, von mir beobachteten Fall nicht vorenthalten zu können.

Frau J. v. S., eine über 62-jährige, auf ihrem Landgut lebende Dame, stammt aus einer nicht erblich belasteten Familie. Eine ganze Reihe ihrer Vorfahren hat ein hohes Alter erreicht. Aus der Zahl ihrer Geschwister sind zwei Brüder um das 50. Lebensjahr an Apoplexie verstorben. Bis vor 2 Jahren hat die leistungsfähige, tätige Dame sich voller Gesundheit erfreut. Sie hat 3 Kinder geboren, die gesund und am Leben sind, hat normale Geburten und Wochenbetten durchgemacht, insbesondere nie an Sexualkrankheiten gelitten. Erst im 61. Lebensjahre wird sie von einem, ihr bisher völlig fremden, krankhaften Unbehagen ergriffen. Es besteht Neigung zu Herzklopfen und leichter Ermüdung, ein Zustand, der im Anfang 1901 beginnt und nicht mehr weichen will.

[1]) A. Fraenkel. Ueber primären Endothelkrebs (Lymphangitis prolifera der Pleura). Verh. des Kongresses für innere Medizin 1892, pag. 375.

[2]) H. Quincke: Ueber die geformten Bestandteile von Transsudaten. D. Arch. f. klin. Med. Bd. XXX. p. 580.

Digitized by Google

Dies veranlasst Pat., Prof Dehio in Dorpat zu konsultieren.

Von einer Begründung dieser allgemeinen Klagen war trotz genauester Untersuchung zunächst nicht die Rede, es sei denn, dass die bereits manifesten arteriosklerotischen Veränderungen von ursächlicher Bedeutung gewesen wären, gegen welche der innere Jodgebrauch verordnet wurde. Im übrigen sollten weitere, etwa monatliche Untersuchungen zur Klarheit führen.

Trotzdem nun aber die Pat. vom 29. Januar 1901 bis in den Mai 1902, in einem Zeitraum von weit über einem Jahre volle 13 mal untersucht und kontrolliert worden war, fehlte es noch immer an einer befriedigenden Diagnose.

Die von Herrn Prof. Dehio während dieser Zeit ins Journal eingetragenen kurzen Notizen, die mir in liebenswürdigster Weise von ihm überlassen wurden, sind folgende:

29. Januar 1901. Mässiges Herzklopfen, Arteriosklerose. Varikositäten beider Ober- und Unterschenkel. Jodol Einzelgabe 0,2.

Febr. Herzklopfen weniger, doch häufig Kopfschmerzen bei Neigung zur Obstipation. Statt Jodol-Aloe mit Rheum.

13. März. Störende Empfindungen in den Extremitäten (Blutstockungen), vorsichtige Massage.

April. Angebliche Besserung, weil Herzklopfen weniger fühlbar, Abmagerung jedoch augenfällig.

Juni. Jodol und Bäder von 26° R. 2 mal in der Woche.

Sept. Pat. ist relativ besser, sieht frischer aus, hat Spaziergänge von 8 Werst machen können.

Dez. Pat. will sich bis zum Novemb. recht wohl, ja «jugendlich frisch» gefühlt haben. Herzbeschwerden seien weniger gewesen. Schlaf, Appetit und Verdauung seien wieder mehr zu ihrem Recht gekommen.

15. Jan. 1902. Verschlimmerung. Viel Kopfschmerzen im Scheitel und Nacken; auch Herzklopfen, nam. Abends im Bett. Der Puls, wie auch früher, nicht hart, regelmässig 84 im Stehen. Herzspitzenstoss im 6. Interkostalraum, ein Fingerbreit über die Mamillarlinie hinaus. Arteriosklerose auf demselben Punkt. Keine Cyanose, kein Oedem. Wiederum Jodolgebrauch.

23. Jan. Relatives Wohlsein, doch Schmerzen in den Extremitäten, in welchen beim Husten «Stiche» empfunden werden.

2. Febr. Die Schmerzen in den erweiterten Venen der Extremitäten sind geschwunden; statt dessen, Stuhlträgheit und schmerzhafte Empfindungen in der Herzgegend. Jeden zweiten Tag Lavements.

14. Febr. Nach wie vor Obstipation, gegen welche Massage des Leibes empfohlen wird.

13. März. Massage und Bewegung im Freien haben die Verdauung wieder geregelt. Auch sieht Pat. etwas frischer aus.

1. Mai. Die Kranke ist wie ausgetauscht. Sie ist schwach und elend, vor allem aber noch magerer geworden. Sie ist plötzlich schwer deprimiert und klagt jetzt über Schmerzen im Kreuz, dem rechten Oberschenkel und der oberen Bauchgegend. Herzarteriosklerose wie früher.

Wie wir in Kürze rekapitulieren, so handelt es sich um anfänglich vage, allgem. Symptome, die nichts weniger als zur Zusammenfassung eines konkreten Krankheitsbildes geeignet waren. Die Klagen der Patientin über Obstipation, Kopfschmerz, Herzklopfen und leichte Ermüdung konnten, bei sonst negativem Untersuchungsbefunde der einzelnen Organe, allenfalls auf allgem. Arteriosklerose zurückgeführt werden; an eine etwa schon damals im Keime schlummernde, ernste Erkrankung war natürlicherweise nicht zu denken. Auffallend musste freilich die Tatsache der augenfälligen Abmagerung berühren, wie sie im April 1901 nach 3-monatlichen Bestehen der krankhaften Symptome notiert wird. Solche Befürchtungen mussten aber im Sommer angesichts des erfreulichen Umschwunges im Verhalten der wieder beweglichen, leistungsfähigen und gleichsam «verjüngten» Patientin an Boden verlieren. Der Jodgebrauch und die Bäder schienen also ihren fraglos günstigen Einfluss auf das gesamte Blutgefässsystem und damit auch auf die Herzbeschwerden, die Kopfschmerzen, den Schlaf und die Verdauung ausgeübt zu haben.

Bedauerlicherweise waren diese Hoffnungen auf dauernde Besserung nur trügerischer Natur. Im November beginnen wieder dieselben Klagen und schon im Januar 1902 ist eine Steigerung sämtlicher Beschwerden zu bemerken, ohne dass deshalb die arteriosklerotischen Veränderungen eine Zunahme erlitten hätten. Dennoch geht es im weiteren Verlaufe dreier Monate unaufhaltsam mit den Kräften der abmagernden Patientin abwärts, so dass es sich um den 1. Mai um einen nahezu völligen Zusammenbruch aller körperlichen und seelischen Kräfte handelt.

Zur Gruppe der subj. Symptome ist mittlerweile ein bedeutungsvolleres Lokalsymptom gekommen. Die Pat. empfindet im Bereiche des rechten Rippenrandes einen ständigen dumpfen Schmerz, der in den Schenkel und zum Leibe hin ausstrahlt und beim Husten besonders quälend wird.

Diese augenfällige Verschlimmerung, welche trotz sicherer Anhaltspunkte über das Wesen der hier vorliegenden Erkrankung auf ein tieferes Grundleiden schliessen liess, veranlasste nun Herrn Prof. Dehio vom unzulänglichen Modus der Einzelkonsultationen abzusehn und der jedenfalls schwer Kranken von jetzt ab eine ständige Beobachtung und Behandlung hier am Orte dringend zu empfehlen. Die Pat. wandte sich an mich, so dass ich Anfang Mai 1902 folgenden Befund erheben konnte:

Pat. ist mittelgross, grazil, von schlaffer Muskulatur und reduziertem Fettpolster. Ihr Gewicht beträgt 53,5 Kilo. Haut und Schleimhäute blass, der Gesichtsausdruck matt und leidend, Temp. nicht erhöht. Sowohl Kehlkopf, wie Rachenraum nicht frei von den Erscheinungen leichten Katarrhes. Zunge mässig belegt. Pharynxschleimhaut an den Seitensträngen gerötet, geschwollen, gereizt. Bei Berührung derselben reflektorischer Husten. Brustkorb von schmalem Bau. Pectus carinatum. Sichtliche Abmagerung. Rippen deutlich sichtbar. Vertiefung der beiderseitigen Infra- und Supraclavic.-Gruben. Atmung ein wenig erschwert, weniger tief, 20 in der Minute. In- und Expirationsphase annähernd gleich. Resp.-typus costoabdominal. Nirgends Rasselgeräusche.

Die Perkussion ergiebt über beiden Lungenspitzen einen sonoren Schall, ebenso über dem Sternum, wie über der gesamten vorderen und seitlichen Thoraxfläche; ebenso hinten, oben bis über den unteren Skapularwinkel hinaus. Von da ab wird derselbe volle Schall nam. rechts etwas kürzer und weniger laut; dem entsprechend im oberen Lungenabschnitt deutliches, im Bereiche der unteren Lungenlappen weniger ausgeprägtes Vesikuläratmen. Abschwächung des Stimmfremitus nicht zu bemerken. Die respirator. Verschieblichkeit der Lungengrenzen hinten unten weniger deutlich als seitlich und vorn. Lungenemphysem nicht vorhanden. Spitzenstoss nach unten und seitlich verrückt im 6. Interkostalraum einen Fingerbreit über die Mamillarlinie hinaus. Herzaktion regelmässig, etwas frequent, leicht alterierbar um 105—120. Töne rein, jedoch klingend. Verstärkung des 2. Aortentons nicht nachweisbar. Temporalarterien geschlängelt. Pulsation nicht in die Augen fallend. Keine Cyanose, nirgends Oedem. Leib nicht aufgetrieben, weich, auf Druck nicht schmerzhaft. Leber reicht bis an den Rippenbogen. Druckschmerzhaftigkeit nicht ausgesprochen, ebensowenig liessen sich am Brustkorbe Schmerzpunkte entdecken. Milz nicht vergrössert, Blasenfunktion nicht gestört. Eine Untersuchung der Sexualorgane unterbleibt, da Pat. nie über dieselben zu klagen hatte. Ueber die bereits früher erwähnten Varicositäten ist nichts Weiteres zu bemerken.

Die anderen Tags unternommene Prüfung von Sputum und Harn ergiebt in Bezug auf T. B. beziehungsweise Eiweiss und Zucker einen negativen Befund.

Ueber das Resultat meiner ersten Untersuchung befragt, war ich in der Lage, mich unter vorsichtiger Zurückhaltung äussern zu müssen. Das Eine schien jedoch klar, dass der subjektive Hinweis auf die abhängigen Teile der rechten Lunge und die ins Kreuz, die Schenkel und die obere Bauchgegend ausstrahlenden Schmerzen zugleich mit dem Befunde einer tatsächlichen, wenn auch geringfügigen Abschwächung der Atmung und des Perkussionsschalles die einzige Fährte zur allendlichen Klärung der sich hier anbahnenden Erkrankung zu eröffnen schien.

Doch folgen wir meinen weiteren Notizen:

6. Mai 1902. Gegen den bestehenden Reizhusten wirkt Codein, ebensosehr aber auch in verstärkter Gabe abends gegen Schlaflosigkeit.

10. Mai schon bei kurzen Gängen aus einem ins andere Zimmer Herzklopfen, woher von Spaziergängen Abstand genommen wird. Appetitlosigkeit. Viel Selbstbeobachtung und düstre Stimmung. Gegen den Gürtelschmerz rechts Chloro-

Digitized by Google

formöleinreibungen. Im Sitzen und Liegen relative Schmerzlosigkeit.

15. Mai. Husten fast völlig geschwunden. Gegen Müdigkeit und Erschlaffung Arsenik in auf- und absteigender Dosis.

An der Gürtelstelle weniger Schmerz, statt dessen ein dort empfundenes Fremd- oder Leergefühl, das durch Bewegung zum Schmerz wird.

18. Mai, Beweglichkeit relativ besser, von jetzt ab wieder tägliche Gänge ins Freie.

20. Mai. An den abhängigen Partien der rechten Lunge ist die Atmung weniger deutlich und der Perkussionsschall entsprechend matter.

23. Die Probepunktion ergiebt eine volle Spritze rötlicher Flüssigkeit. Daher sofortige Punktion im 8. Intercostalraume nahe an der hinteren rechten Axillarlinie. Entleerung von 2400 Cc. roter Flüssigkeit. Spec. Gew. leider nicht gemessen. Wachsender Hustenreiz mit kleinen Morphiumgaben bekämpft. Die Expectoration albumineuse bleibt aus. Erleichterung nicht sofort fühlbar, obgleich der Perkussionsschall wieder so hell wie links.

24. Mai. Schlaf besser. Atmung freier. Das Gehen weniger gehemmt. Die Stimmung gehoben.

27. Mai. Nachtschlaf wieder schlechter durch Neurose, Herzklopfen, auch Atembeschwerden Ursache: Wiederbeginnende Ansammlung des Exsudats.

29. Mai. Zweite Punktion nahe der ersten Stelle. Circa 1800 Cc. roter Exsudatflüssigkeit. Spec. Gew. 1018. Unter dem Mikroskop neben viel roten Blutkörperchen auch Gruppen kleinerer und grösserer dichtgedrängt bei einanderstehender hydropischer Zellen.

1. Juni 1902. Nach zweitägigem relativen Wohlergehen wieder Neurose und Schmerzen. Abends Morphium inj. von 0,015. Danach schwerer tiefer, noch am nächsten Morgen geradezu komatöser Schlaf, aus welchem Pat. erst gegen 12 Uhr erwacht.

2. Juni. R. H. ist die Dämpfung rasch wieder zurückgekehrt. Sie reicht jetzt bis zum unteren Scapularwinkel hinauf, im Gegensatz zu links, wo trotz etwas kürzerem Schalle als normal jede der versuchten Probepunktionen fehlschlägt.

Vom 3.—6. Juni schaffte 0,5 Trional abends über den Tag gegeben besseren Schlaf.

4. Juni. Temperatur 36,1. Puls 96. Resp. 18.

7. Juni. Temp. 36,4. P. 120. Resp. 26. Bei wiederbestehender Dämpfung 3. Punktion von wiederum 1800 Cc. rötlichen Exsudats. Spec. Gew. 1013. Danach sofortige Erleichterung, auch Abnahme des vorher bestehenden Hustenreizes. Temp. 36,2.

8., 9. und 10. Juni relatives Wohlergehen. Eine erneute Wägung ergiebt 49,8 Kilo gegen 53,5 vor 4 Wochen.

Was wir im Verlauf der Zeit vom 1. Mai bis zum 10. Juni erreicht hatten, war im Grunde genommen = 0. Eine dauernde Besserung lag nicht vor. Höchstens war eine vorübergehende Erleichterung im Allgemeinzustande durch Entlastung der rechten Lunge dann und wann herbeigeführt worden; die Punktionen hatten aber nicht weniger als einen heilenden Erfolg. Schon in verhältnismässig kurzer Zeit erneuerte sich das in Eigenschaft und Menge gleichartige Exsudat. Auch der Versuch zur Kräftigung des Körpers durch mehrwöchentlichen Arsenikgebrauch konnte als gescheitert betrachtet werden. Im Laufe von 4 Wochen hatte es sich nicht nur nicht um Zunahme des Körpergewichts, sondern vielmehr um Abnahme desselben um 3,0 Kilo gehandelt.

Konnte nun von einer Rückbildung des vorliegenden Prozesses nicht gut die Rede sein, so lag doch ein entschiedener Fortschritt in der Erkenntnis einer hier vorliegenden Affektion des Brustfelles vor.

Welcher Art dieser Vorgang war, ob eine schleichende Form tuberkulöser Pleuritis, ob ein maligner Pleuratumor, war aber schon deshalb schwer zu entscheiden, weil das haemorrhagische Exsudat weder für die eine, noch die andere der Annahmen direkt zu verwerten war, die charakteristischen Geschwulstpartikelchen aber fehlten. Auf eine einfache Pleuritis konnte nicht geschlossen werden; aber auch gegen eine tuberkulöse musste mancherlei sprechen. So der an das Brustfell gebundene, protrahierte Krankheitsverlauf, ohne dass es bisher weder zu einem Uebergange auf die Lunge noch zu den geringsten Fiebererscheinungen gekommen wäre. Dazu kam, dass unter diesen Umständen der Husten eine gewiss nicht so gefügige Rolle gespielt hätte. Statt dessen sehen wir ihn, wo er als anfängliche Reizerscheinung von seiten der erkrankenden Pleura entsteht, auf geeignete Medikation wieder schwinden, während er dort, wo er den Höhepunkt des aufs neue angestiegenen Exsudats begleitet, ebenso prompt nach der Punktion wieder zurückgeht. Diese Merkmale scheinen daher geeignet, den nur losen reflektorischen Zusammenhang mit der am Brustfell sich herausbildenden Grundkrankheit zu beweisen.

Dagegen musste der Verdacht auf eine Neubildung näherrücken, als die Pat. durch Monate dauernd und stetig abnahm und seit 5 Wochen über eine ganz bestimmte schmerzhafte Körpergegend klagte, deren Ausgangspunkt allem Anschein nach der rechtseitigen Pleura diaphragmatica entsprach. Stand dieser abmagernde kranke Organismus aber in direkter Abhängigkeit von einem occulten, bösartigen Tumor, so konnte bei der Aussichtslosigkeit auf Heilung das angeblich durch seine Geschwulsttoxine wirksame bakteriotherapeutische Verfahren Adamkiewicz's nicht unversucht bleiben. So entschloss ich mich das Cancroin, über dessen Wert oder Unwert man vor einem Jahre noch strittig sein konnte, in Anlass der für dasselbe event. klassischen Indikation hier in Anwendung zu bringen.

Im Ganzen wurden der Kranken vom 10. bis zum 29. Juni 19 subc. Injektionen von je 1 Cc. beigebracht. Die beabsichtigte Wirkung — Rückgang des Exsudats, Abnahme der Dämpfung, Zunahme des Körpergewichts — trat jedoch nicht ein, wohl aber ein an die neue Behandlungsmethode suggestiv geknüpfter psychischer Umschwung, der seinerseit nicht verfehlte, anscheinend auch auf die Körperflächensphäre belebend zu wirken. Nichts destoweniger konnte die Zunahme der Beweglichkeit und die Besserung von Appetit und Schlaf bei der mangelnden Heilwirkung des angewandten Mittels nur vorübergehender Natur sein. Waren unter diesen relativ günstigen Umständen auch das Herzklopfen und die Atmungsbeschwerden, trotz des wiederansteigenden Exsudats, weniger lästig empfunden worden, so änderte sich das Verhalten der Kranken mit einem Schlage, als gegen Ende Juni das erste positive sichtbare Zeichen einer in der Tat bösartigen Neubildung in die Erscheinung trat. Es fand sich nämlich im linken 2. Interkostalraum nahe dem Sternalrande ein etwa kirschgrosser, rundlich weisser, auf Fingerdruck schmerzloser Tumor, über welchem die Haut gut verschiebbar war. Dabei sass dieses Gebilde mit breiter Basis und unbeweglich ihrem offenbar tiefer im Mediastinum gelegenen Mutterboden auf, so dass man es mit nichts anderem, als mit unter die Haut gewucherter Tumormasse zu tun haben konnte. Fast gleichzeitig wurde nun auch LHU eine circa handbreite Dämpfungszone gefunden, die sich nach vorn von der Axillarlinie allmählich verlor und die weitere Verallgemeinerung des malignen Prozesses auch nach der linken Thoraxhälfte zum Ausdruck brachte.

Damit scheinen folg. Schlüsse berechtigt:

1. Die Versuche der gesamten Erkrankung kann nicht etwa in einer exsudat. chron. Pleuritis, sondern in einem malignen Tumor mit sekundärem blutigem Exsudat gesucht werden.

2. Dieser Tumor beschränkt sich nicht allein auf die Pleura diaphragmatica bezw. die Pleura der rechten und neuerdings auch der linken Thoraxhälfte, sondern ist auch im Mediastinum zur Entwickelung gekommen.

3. Aller Wahrscheinlichkeit nach hat dieser Pleuratumor den Charakter diffuser Verbreitung, da erst in jüngster Zeit auch die linke Pleura Symptome der Erkrankung zeigte.

4. Der offenbar krebsige Tumor ist trotz Cancroin sowohl partiell, als in toto gewachsen.

Digitized by Google

5. Auch die aus dem Mediastinum unter die Haut gewucherte Geschwulstmasse bestätigt die Diagnose: maligner Tumor.

Kehren wir zu den Notizen unsrer Krankengeschichte zurück:

3. Juli 1902. Pat. wird jetzt auf dem Lande unter allgemeine hygienische Bedingungen gestellt.

13. Juli. Obgleich eine direkte Wägung fehlt, ist die abgemagerte Kranke noch reduzierter.

Appetit und Schlaf schlecht. Atmungs-, nam. aber Herzbeschwerden quälend. Rechts reicht die Dämpfung zwei Fingerbreit unterhalb der Spina scapulae hinauf, links ist sie unverändert in handbreiter Zone.

Die nur rechtseitig ausgeführte 4. Punktion fördert circa 1200 Cc. roter Flüssigkeit zu Tage, von 1020 spec. Gewicht.

Anfang Aug. Ueberführung der Kranken zur Stadt.

Am 4. und 7. Aug. zwei linkseitige Punktionen.

25. Aug. Punktion auf beiden Seiten, Dabei zeigte sich die Reproduktionskraft für die Exsudate vermindert. Die Flüssigkeit betrug insgesamt nur 2400 cc.

Am 10. Sept. beiderseits nur 1200 cc. Von jetzt ab deutliches Versagen aller Kräfte.

18. Sept. Knöchelschwellung.

19. Sept. Harnquantum in 24 Stunden nur noch 120,0. Dabei ist der Harn saturirt, enthält Eiweiss, Granularcylinder, weisse und rote Blutkörperchen.

22. Sept. Vermehrung des Harns nach Digitalis sehr geringfügig.

23. Sept. Gegen die hartnäckige Obstruktion hohe Klystiere und Cascara sagrada. Allgemeine Schwäche nimmt zu. Puls 100, leicht komprimierbar. Allg. Cyanose, nam. der Gesichtshaut. Oedeme an Füssen und Händen. Leib aufgetrieben, kein Ascites.

24. Sept. Pat. hat auch ohne Trionalgabe geschlafen. ist am Morgen noch relativ gut, äussert sogar Appetit. Bald nachdem sie etwas genossen — Somnolenz, später Koma, aus welchem sie nicht wieder erwacht. Abends 8½ Uhr Exitus.

Tags darauf um 4 Uhr nachmittags Obduction. Sie wird von Dr. Rubinstein, Assistent am path. Institut ausgeführt. Anwesend Prof. Dehio und Dr. Graubner. Sie ergiebt Folgendes: Stark abgemagerte Leiche. Abdomen aufgetrieben. Links neben dem Sternum zwischen 2. und 3. Rippe ein halbkuglicher Tumor von etwa Wallnussgrösse, über welchem die Haut verschieblich ist. Ein Basalschnitt durch diesen Tumor ergiebt ein centralerweichtes, nach der Peripherie hin allmählich fester werdendes Gewebe, aus dem sich Krebsmilch in Massen ausdrücken lässt. Bei Abtrennung des Brustbeins erkennt man den Zusammenhang dieses Tumors mit ausgedehnten Tumormassen. Diese erstrecken sich als eine etwa ½ Ct. dicke Platte im Mediastinum anticum abwärts und gehen in die gleichfalls verdickten hinteren Abschnitte des Perikards über. Schon hier setzt sich der Tumor von rechts hin als breite Platte fort, welche das ganze rechte Diaphragma einnimmt. Dieses letztere ist bis auf 2 und mehr Ct. verdickt. An seiner abdominalen Seite findet sich eine nicht ausgedehnte Adhaesion mit der Kuppe der Leber.

In beiden Pleuraräumen nicht sehr erhebliche Mengen blutigen Exsudats.

Die Lungen sind beiderseits mit der hinteren Pleurafläche verklebt; beide zeigen in den abhängigen Teilen Oedem, aber weder pneumonische, noch sonstige Veränderungen. Die gröberen Bronchien sind frei.

Auf der Pleura diaphragm. dextra sind einzelne kleine und grosse, isolierte und konfluirende bis wallnussgrosse Tumoren bemerkbar. Die linke Pleura diaphragmatica trägt einen rundlichen, circa 7—8 Ct. im Durchmesser haltenden, aus einzelnen kleinen, rundlichen Tumoren zusammengesetzten Knoten von 2½—3 Ct. Höhe, ausserdem mehrere kleine Knoten. An vielen Stellen ist das Diaphragma sinistr. schwartig verdickt. Pleura costal. beiderseits mit disseminierten Knötchen von Linsen- bis Haselnussgrösse besetzt, die besonders in den unteren Partien dichter gedrängt stehen und teilweise konfluiren.

Die Pl. pulm. zeigt nur ein einziges, linsengrosses, flaches Knötchen, das nicht tief in die Lungensubstanz eindringt.

Das Perikard weist nur an der Stelle, wo es mit der Pleura zusammenstösst, schwartige Verdickung auf. Im Herzbeutel geringe Mengen einer gelblichklaren Flüssigkeit. Seine Innenfläche überall spiegelnd und ohne Knoten. Das Herz ist leider einer Untersuchung nicht unterzogen worden.

Die Berichtigung der Abdominalorgane, besonders der Leber, des Magens, der Milz, ferner des Pankreas, des Retroperitonealbindegewebes, seitlich bis in die Gegend beider Nieren, der rad. mesenterica und des Netzes, ergiebt nichts Abnormes, weder Verdickungen noch Tumoren.

Die mikrosk. Untersuchungen sowie die dieser Arbeit beigefügte Abbildung wurden in bereitwilligst — liebenswürdiger Weise vom Kollegen Dr. Emil Graubner ausgeführt, dem ich an dieser Stelle meinen allerwärmsten Dank für seine vielfache tätige Mithülfe ausspreche. Praeparate wurden angefertigt aus der Tumormasse, die die Teilungsstelle der Trachea von vorne bedeckt, von der Pl. pulm. dextra und sinistra, und zwar rechts von einer Stelle, wo die Leber mit dem Diaphragma verklebt war.

In allen diesen Schnitten handelt es sich um Wucherung und Umformung von Endothelien neugebildeter Lymphspalten, welche in massiges, neugebildetes Bindegewebe gelagert sind. Die Endothelzellen haben rundliche Gestalt und kleiden die Lymphräume in ein- bis mehrschichtiger Lage aus. Meist erfüllen sie auch die Lymphräume ganz. An vereinzelten Stellen sind sie von polygonaler Gestalt und erheblich grösser als die runden Zellen. Die Komplexe der Rundzellen endothelialen Ursprungs füllen an einigen Stellen kolossal erweiterte Lymphräume aus; an andern Stellen findet man Bilder, die mehr grossalveolären Carcinomformen ähnlich sehn. Das Bindegewebe zeigt im Allgemeinen viele protoplasmareiche Zellen, ist aber dabei zellarm. Die Intercellularsubstanz ist reichlich vertreten. Häufiger sieht man Flecken hyaliner Degeneration, seltener myxomatöse Veränderungen. An mehreren Stellen liegen im Bindegewebe reichliche, Psammomkörnern ähnliche Bildungen. Vielfach sieht man das Bindegewebe von neugebildeten Blutcapillaren durchzogen, meist ist aber der Blutgefässreichtum nicht gross. Nirgends bemerkt man kleinzellige Infiltration, auch nicht in der Umgebung der Blutgefässe. An der Pleura pulmonalis sieht man, wie das Lungengewebe sich gegen das andringende Tumorgewebe des kleinen flachen Knötchens völlig passiv verhält. An der Pleura diaphragmatica dextra findet sich der Leberadhaesion entsprechend, ein grosser Tumorknoten, dessen Massen das Diaphragma durchsetzen und in das adhaerente Lebergewebe in geschlossenen Zellverbänden auf kurze Strecken eindringen. Cf. Abbildung von Dr. E. Graubner.

Wir unterscheiden hier

a) Tumormassen, der Pleura diapragm. zugekehrt.

b) Lockeres Fettgewebe.

c) Reste des muskulären Teils des Diaphragma.

d) Tumormassen zwischen Muskulatur und peritonaealem Ueberzug des Diaphragma.

e) Adhaesion zwischen Diaphragma und Leber.

f) Leber, in welche Tumormassen eingebrochen sind.

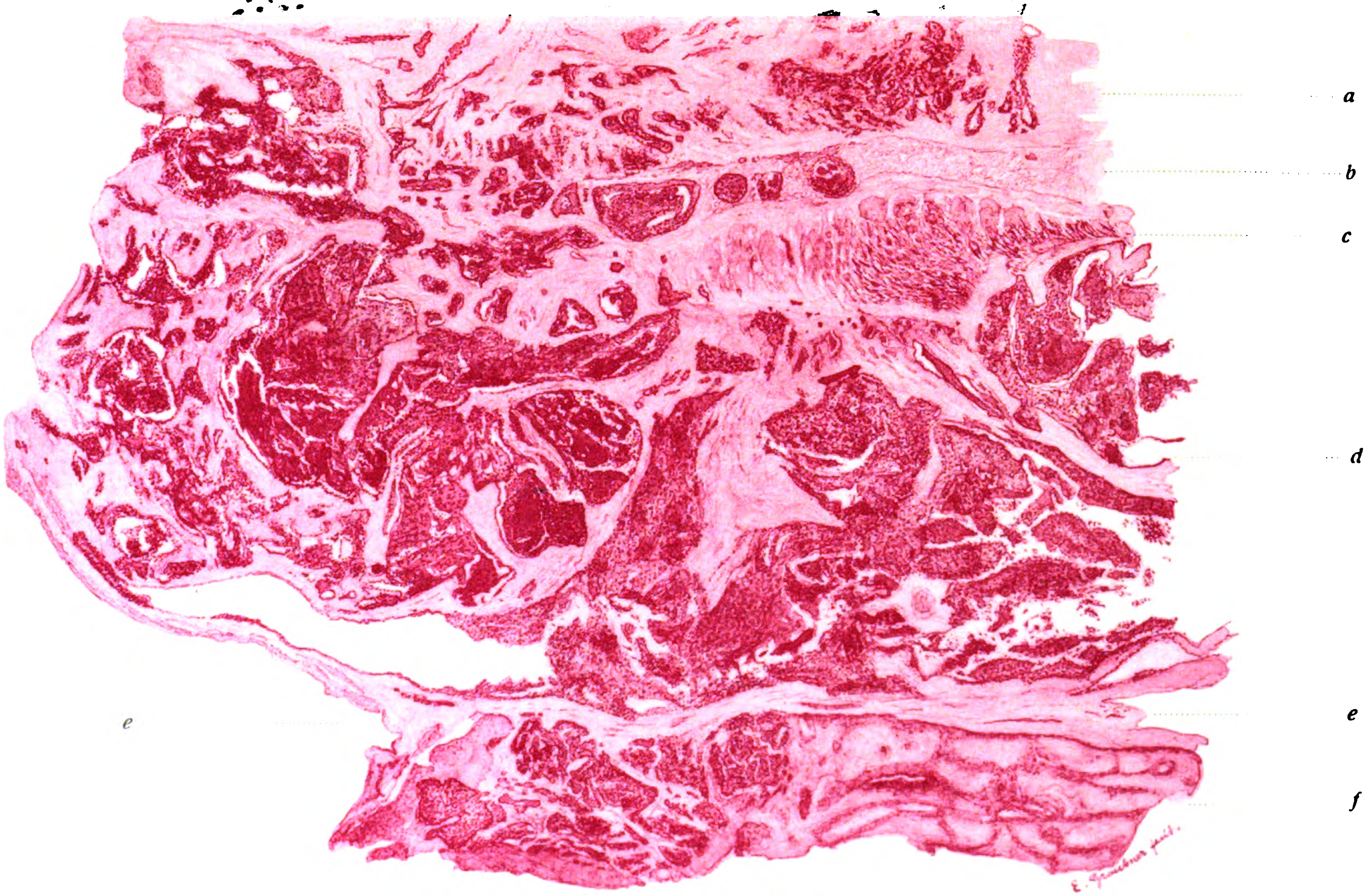
Auf der linken Seite sieht man ebenfalls im Bereich des grössten Tumorknotens Wucherungen am Diaphragma, welche die Muskulatur jedoch nicht erreichen.

Pathol.-anat. Diagnose: Lymphendothelioma mediastini et pleurae.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

Dr. R. Otto: Endothelioma mediastini.



Vergr 1:10.

Тип. Р. Голике и А. Вильборгъ.

Digitized by Google

Digitized by Google

Herz-Lebervergrösserungen, ein Frühsymptom der Schwindsucht.

Von

Dr. S. Unterberger.

Die grosse Anzahl von Herzleiden haben in der letzten Zeit vielfach die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich gelenkt, wobei die Röntgenstrahlen zur Sicherstellung der Diagnose neues Licht in diese Frage geworfen haben. In der Schwindsuchtsfrage hat diese Untersuchung des Herzens aber noch nicht die nötige Aufmerksamkeit gefunden, wie wir das noch neulich konstatieren mussten, wo auf der Tuberkulose-Konferenz im Mai-Monat in Kopenhagen von Turban ein Schema zur vergleichenden Statistik der Lungentuberkulose aufgestellt wurde, in welchem nur vom Pulse Notiz genommen, die Vergrösserung des rechten Ventrikels aber gar nicht berücksichtigt worden ist. Und doch giebt dieses Organ bei richtiger Würdigung der zahlreichen Symptome seines pathologischen Zustandes viele Anzeichen für die Diagnose, Prognose und Therapie der Herzkrankheiten.

Im Allgemeinen ist die Diagnose der Herzkrankheiten eine leichte. Erschwert wird sie aber in manchen Fällen durch die Latenz der Symptome. Diese kann nach Stiller eine zweifache sein: eine objektive, wenn die physikalischen Zeichen dunkel sind, wo aber bei einiger Uebung, Erfahrung und feiner Beobachtung viel erreicht werden kann, oder eine subjektive, was viel häufiger vorkommt, wenn nämlich die Kranken über ganz andere Symptome wie plötzlich erscheinender Hydrops bei einem scheinbar gesunden Menschen oder Embolien der Coronararterien etc., klagten.

Die Diagnose der Herzkrankheiten ist von zweifachem Gesichtspunkte aus festzustellen. Vor allem muss die anatomische Qualität, die vorliegende Herzveränderung durch die physikalische Untersuchung ermittelt werden, dann aber muss auch das Mass der physiologischen Kraft des kranken Herzens festgestellt werden, was für den Kranken und den zu bestimmenden Heilplan wohl wichtiger zu sein scheint, als die Bestimmung dieses oder jenes Klappenfehlers.

Die Widerstandskraft des Herzmuskels ist bedingt durch verschiedenartige degenerative Prozesse im Herzmuskel, die bisher noch von keiner genau differenzierten Natur sind. Die Engländer bezeichnen solche Zustände des Herzmuskels mit weakened heart, die Deutschen mit Herzinsuffizienz.

Die physiologische Kraft des Herzmuskels werden wir ermitteln können nur aus Zeichen, welche wir als Kompensationsstörungen bezeichnen. Diese Zeichen sind im Allgemeinen keine anderen, als die der venösen Blutstauung. Sind Dyspnoe, Cyanose und Schwellungen vorhanden, so ist die Diagnose nicht schwer. Um Kranken zu nützen, müssen wir auf die ersten Erscheinungen der Herzschwäche eine Auge haben. Herzklopfen, Kurzatmigkeit kommen auch bei gut kompensierten Herzfehlern vor, wir müssen aber aufpassen, ob der Lufthunger auch im Verhältnis steht zur geleisteten Muskelarbeit. Man muss sehr aufpassen auf alle diese Symptome.

In der Diagnostik der Herzkrankheiten ist die Perkussion oft viel wichtiger als die Auskultation[1]).

Die Perkussion des Herzens ist in manchen Fällen viel schwieriger, als es zu sein scheint. Die schwache Perkussion ist diejenige, die am ehesten zum Ziel führt. Bei starker Perkussion wird man nie eine die Vergrösserung des rechten Ventrikels verratende Sternaldämpfung herausperkuttieren können. Die Fingerperkussion scheint nun verlässlicher zu sein, als die mittels Plessimeters. Ebenso scheint mir zweckmässiger zu sein, von der Lunge her konzentriert in allen Radien gegen das Herz hin zu perkuttieren, als umgekehrt. Die Perkussion ist prinzipiell im Stehen zulässig. Ich pflege nach Sacharjin bei der Untersuchung der Brustorgane die Herzgrösse zu bestimmen, indem ich zuerst den Spitzenstoss feststelle; weicht er im 5. Interkostalraume von der Mammillarlinie nach aussen ab, so muss eine Vergrösserung des linken Ventrikels vorliegen. Um die Grenze des rechten Ventrikels festzustellen, wird in der Mittellinie am Sternum perkuttiert und sobald Dämpfung konstatiert wird, muss eine Vergrösserung des rechten Ventrikels vorausgesetzt werden. Nachdem auf diese Weise die Dämpfungsgrenze mit dem Dermatographen fixiert ist, wird von der Lunge her radienförmig zum rechten Sternalrande perkuttiert und gleichfalls mit dem Dermatographen die Dämpfungsgrenzen bezeichnet.

Eine abnorme Sternaldämpfung kann bei kurzen stark gewölbten Brustkörben vorkommen, wobei die oberen Rippen steil vom Sternum aus aufsteigen, die Interkostalräume eng sind und der epigastrische Rippenbogenwinkel sehr weit ist. An einem solchen Brustkorbe nun steht die Brustwarze ungewöhnlich hoch, so dass, wenn wir vom Schneidepunkte der 6. Rippe mit der Mammillarlinie eine Horizontale nach dem Brustbeine ziehen, diese das Sternum nicht wie unter normalen Verhältnissen am unteren Ende oder selbst noch tiefer schneiden wird, sondern viel weiter oben im Bereiche seines unteren Drittels. Dieses abgeschnittene Stück des Sternums nun zeigt konstant eine Dämpfung, sie repräsentiert die Fortsetzung der normalen Leberdämpfung (Stiller).

Ungefähr $^1/_3$ des Herzens befindet sich rechts, $^2/_3$ links von der Mittellinie des Körpers und des Sternums. Von der hauptsächlich dem rechten Ventrikel angehörenden vorderen Fläche des Herzens bleibt von den Lungen unbedeckt, wandständig ein kleiner, bei Erwachsenen etwa Handtellergrosser Bezirk des rechten Ventrikels — absolute Dämpfung. Die gesamte vordere Fläche des Herzens, unbedeckter und bedeckter Teil, ergiebt die grössere Herzdämpfung — relative Herzdämpfung.

Absolute und relative Herzdämpfung sind nicht in gleich exakter Weise durch die Perkussion bestimmbar. Durch das Röntgenverfahren wird nur die relative, nicht die absolute Dämpfung ermittelt. Durch das Röntgenverfahren-Orthodiaskopie — ist jetzt erwiesen, dass wir die Grenzen der relativen Dämpfung für praktische Zwecke recht genau bestimmen können, dank der Tastperkussion, Phonendoskopie und den Frictionsmethoden. Somit fallen die Einwände, welche früher von gewissen Autoren gegen die Feststellung der relativen Herzdämpfung erhoben worden, weg. Will man nur eine Methode anwenden, dann erscheint die relative als die bessere, weil sie den Forderungen, die Grenzen des ganzen Herzens wiederzugeben, doch recht nahe kommt und es mehren sich jetzt die Autoren, die diese Ansicht vertreten.

Interessant sind die von Moritz, Schüle u. A. publizierten orthodiagraphischen Herzsilhouetten und die Masse, die sie bei Gesunden (Soldaten wurden meist untersucht) gefunden. Nach Prof. Schüle[2]) waren die Werte für die Durchmesser des Herzens folgende:

[1]) Beim Chloroformieren müsste stets der Perkussion ein Vorzug gegeben werden vor der Auskultation.

[2]) Schüle: Münch. med. W. Nr. 25, 1904. die Tabellen und die Zeichnung mit der Herz-Silhouette stammen aus diesem Aufsatz.

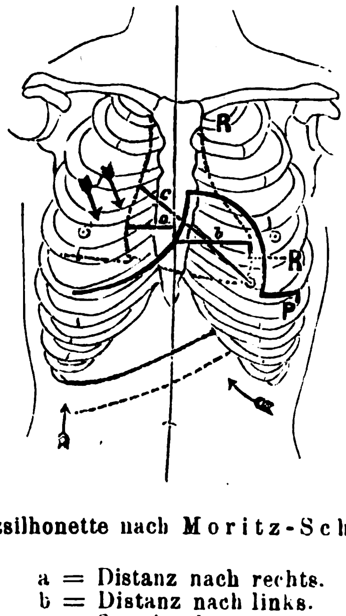
Digitized by Google

	Durchschnitts-werte.	im Maximum.	im Minimum.
1. Abstand der äusseren Herzgrenze von der linken Mammillarlinie	2 Ctm.	3 Ctm.	0 Ctm.
2. Höhe der Röntgenfigur	9,6	12	6
3. Grösste Gesammtbreite: a und b. .	12	15	10
4. Abstand der rechten Herzgrenze vor der Medianlinie: a	3,8	5	2
5. Maximal-Distanz der linken Herzgrenze in der Medianlinie: b. . .	8,2	10	8
6. Längsdurchmesser (nach Moritz): c	14	—	—

Hierzu bemerkt Prof. Schüle, dass die extremen Zahlen: 5 Ctm. nach rechts, 15 Ctm. Gesamtbreite, nur ganz selten beobachtet wurde.

Folgende Tabelle giebt eine sehr weitgehende Uebereinstimmung mehrerer Autoren:

	Moritz	Karfunkel	v. Criegern	Schüle.
Abstand der rechten Herzgrenze von der Medianlinie	Cm. 4,4—4,6	Cm. 2,5—4,5	Cm. 4	Cm. 3,8
Abstand der linken Herzgrenze	7,9—8,8	etwa 9	9	8,2
Längsdurchmesser	11,5—15	—	—	12—14



Herzsilhouette nach Moritz-Schüle.

a = Distanz nach rechts.
b = Distanz nach links.
c = Querdurchmesser.
R = Röntgenbild.
P = Perkussionsfigur.
→ = Perkussionsrichtung.
······ = Lebervergrösserung.

Haben wir bei Lungenleidenden eine Vergrösserung des rechten Ventrikels perkutorisch nachgewiesen, so müssen wir dieselbe entstanden denken durch den Widerstand, den das rechte Herz zu erleiden hatte in dem Lungengewebe; zu diesen sind die zerstreuten peribronchitischen Drüsenaffektionen und zentrale Herde zu rechnen, zu einer Zeit, wo perkutorische und auskultatorische Erscheinungen auf den Lungen sehr gering sind, das Körgewicht aber fällt und subfebrile Temperaturen auftreten. Ist das Herz an und für sich schwach, wie es bei hereditär belasteten Schwindsüchtigen wohl stets der Fall ist, weil bei ihnen das Lymph- und Gefässsystem in erster Linie geringe vitale Energie aufweist, so wird es durch verschiedene Krankheitsstoffe im zirkulierenden Blute, namentlich durch das tuberkulöse Virus noch mehr alteriert, verbleibt im dilatierten Zustande und das Resultat desselben sehen wir in den Folgen des schwachen Aufsaugens der Blutmenge aus der Leber. Die Stauungsleber ist nun eines der ersten Erscheinungen der eintretenden Herzschwäche, kann daher nicht allein in den frühesten Stadien der Kompensationsstörung als deren Verkündiger verwertet werden, sondern stellt auch eine wirklich objektive Skala vor, wie Stiller richtig bemerkt, an deren Graduierung wir das Mass der Herzinsuffizienz zur Zeit ihrer Entwickelung deutlich ablesen können.

«Warum aber die Leber ein so empfindlicher Indikator ist, ist physiologisch ganz einleuchtend. Die Leber ist nämlich das einzige Organ, dessen Blutzuflüsse zum grössten Teile nicht vom Aortensystem ausgehen, sondern erst das Capillarnetz der Bauchorgane durchströmt haben, bevor sie, in einem venösen Hauptkanal vereinigt, zur Leber gelangen, um daselbst zum zweitenmal ein Capillarsystem zu durchfliessen. In den Lebergefässen kann daher die Treibkraft des Herzens als aufgebraucht nicht mehr zur Geltung kommen, in denselben ist deswegen durch Ausfall der vis a tergo die Strömungsgeschwindigkeit eine so geringe, dass schon das geringste Hindernis eine Stauung erzeugt, welche das gefässreiche Gewebe der Drüse wie einen Schwamm aufquellen macht, eine Erscheinung, die am Tierexperimente schlagend nachgewiesen wurde. Diese ungünstigen Zirkulationsverhältnisse, welche übrigens gewiss im Interesse der Drüsentätigkeit so beschaffen sind, werden nur in geringem Masse durch die Inspirationsbewegungen des Brustkorbes compensiert, wobei der negative intrathoracische Druck das Blut der Lebervenen aspiriert; doch übt dieser zirkulatorische Factor seinen Einfluss keineswegs bloss auf die Lebervenen, sondern auch auf das gesamte Venenblut aus, welches in den cavis dem rechten Ventrikel zuströmt. Ausschliesslich den venösen Strom der Leber befördern bloss die respiratorischen Bewegungen des Zwerchfelles in grob mechanischer Weise, was gewiss nur als eine sehr bescheidene Korrektion der trägen Leberzirkulation gelten kann (Stiller).

Um die Vergrösserung der Leber festzustellen, genügt es in stehender Lage die Perkussion vorzunehmen und zwar perkutiert man von unten nach oben in der Richtung der Mammillarlinie bis zum Rippenrande; während der Perkussion hat der Patient stets eine unangenehme Empfindung, sobald man die Stauungsleber trifft. Zur Feststellung der linken Lebergrenze perkutiert man unterhalb des linken Rippenbogens von der Axillarlinie her und notiert den Beginn der Dämpfung. Bei linksseitiger Vergrösserung findet man die Dämpfung ausserhalb der linken Parasternallinie. Diese Untersuchungsmethode bei Lebervergrösserung ist entschieden vorzuziehen der üblichen in der Mittellinie, wo die normale untere Grenze in der Mitte zwischen dem Nabel und dem Ansatz des proc. xiphoideus liegen muss.

Digitized by Google

Die Herz-Lebervergrösserung, wie ich sie in zahlreichen Fällen im Frühstadinm bereits konstatieren konnte — ausführliche Krankengeschichten werden veröffentlicht werden — kann unter Umständen ein wertvolles Symptom vorstellen und verdient gewiss der Nachprüfung empfohlen zu sein, um so mehr, weil sie auch prognostisch wichtig ist, was besonders für die Aufnahme in Sanatorien von Wert sein kann. Auch in therapeutischer Beziehung sind diese Symptome zu verwerten, wir werden bei eintretender Herzschwäche nicht gleich Herzmittel verordnen, sondern zuerst die Arbeit des Herzens zu erleichtern suchen durch Massage der Leber, um sie von der Blutfülle zu entlasten.

Bei der grossen Schwierigkeit, die die frühzeitige Diagnose auf Lungenschwindsucht oft bietet, scheint mir, muss jedes neue Symptom, um so mehr ein klinisches, willkommen sein.

November 1904.

Referate.

E. S. Perman: Ueber die Indikationen zur Operation bei Appendicitis nebst Bericht über operierte Fälle im Krankenhause Sabbatsberg (Stockholm). Hygiea 1904 Aug.

Während der fünf Jahre 1. Juni 1899—31. Mai 1904 sind im Krankenhause Sabbatsberg 268 Fälle wegen Appendicitis operiert worden mit 38 Todesfällen = 22,16 pCt. Mortalität (nur 27 von diesen Fällen sind während den ersten 48 Stunden operiert worden, weil dieselben gewöhnlich spät ins Krankenhaus gekommen sind); 97 mit einem Todesfalle (spätem Chloroformtod) sind im freien Intervalle operiert worden. Von den im akuten Anfalle operierten Fällen betrafen 105 begrenzte eitrige Peritonitis mit 12 Todesfällen, 47 diffuse (freie) Peritonitis mit 26 Todesfällen und 19 akute Appendicitis ohne verbreitete Peritonitis mit keinem Todesfalle.

Verfasser ist ein Anhänger der Frühoperation und ist der Meinung, dass die Operation, richtig ausgeführt, in jedem Stadium der Krankheit mit sehr geringer Gefahr verbunden ist. Geht es unglücklich, so hat nicht die Operation die Schuld daran, sondern der Umstand, dass dieselbe zu spät gekommen ist. Er giebt desswegen den Rat, dass der praktische Arzt, wenn er zu einem Falle gerufen wird, in dem er die Diagnose Appendicitis stellen kann oder für wahrscheinlich hält, sofort einen Chirurgen rufe oder den Kranken in eine chirurgische Krankenhausabteilung sende, wenn er am Anfange des zweiten Tages nach dem Beginne der Krankheit nicht überzeugt ist, dass der Anfall sich in Rückgang befindet. — Jedem Patienten, der einen deutlichen, wenn auch leichten Anfall von Appendicitis gehabt hat, soll man die Intervalloperation vorschlagen.

Buch.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. A. Goldscheider (Berlin): Anleitung zur Uebungsbehandlung der Ataxie. 59 S. mit 115 Abbildungen. II. erweiterte Auflage. (Leipzig 1904, Verl. v. G. Thieme. Preis geb. 4 M.).

Die bereits von Prof. v. Leyden in seiner «Kompensationstherapie» der Ataxie angedeutete Idee einer Uebungsbehandlung der Tabiker, welche von dem Schweizer Arzte Dr. Frenkel in verdienstvoller Weise zuerst systematisch und konsequent durchgeführt wurde, hat in der letzten Zeit immer mehr Anerkennung und Verbreitung gefunden. Es konnte diese Frenkel'sche Methode aber noch nicht Gemeingut der Arzte werden, solange es an einer geeigneten Anleitung fehlte. Verf., der sich seit 1891 mit dieser Behandlungsmethode beschäftigt, hat sich nun der dankenswerten Aufgabe unterzogen, eine detaillierte, leicht verständliche Anleitung zur Uebungsbehandlung der Ataxie in Wort und Bild zu geben, was ihm auch vollkommen gelungen ist, so dass jeder Mediziner, welcher sich in die Prinzipien dieser Behandlungsmethode hineingedacht hat, an der Hand dieses Buches ohne Schwierigkeit sie ausüben kann. Es ist die Kenntnis der Uebungsbehandlung für den Arzt aber auch in weiterem Sinne von Nutzen, da sie nicht auf die Ataxie der Tabiker beschränkt ist, sondern ebenso für andere Formen der Ataxie (z. B. Polyneuritis) und auch bei Chorea, Paralysis agitans, im Stadium der Restitution bei Hemiplegien, Paraplegien und peripherischen Lähmungen zu verwerten ist. Druck, Abbildungen und die äussere Ausstattung verdienen volles Lob.

Bernhoff.

H. Schmidt: Kompendium der Röntgen-Therapie. (Berlin 1904. Verlag von Hirschwald).

Das Büchlein enthält zwei Abschnitte: einen physikalisch-technischen und einen therapeutischen. Der erste derselben enthält die Beschreibung der verschiedenen Apparate, Modifikationen und Abbildungen. Für die Behandlung mit Röntgenstrahlen kommen zwei Gruppen von Krankheiten in Betracht: erstens Erkrankungen, bei welchen die Epilation ein wichtiger Faktor für die Heilung ist (Favus, Sycosis) und zweitens die epithelialen Neubildungen gutartigen und bösartigen Charakters (Warzen, Cancroide, Carcinome). Eine baktericide Wirkung der Röntgenstrahlen haben die meisten Autoren nicht nachweisen können. Um eine baktericide Wirkung zu erzielen, müsste eine derartige Röntgenlichtdosis appliziert werden, wie man sie in praxi gar nicht anwenden kann, wenn man schwere Schädigungen der Haut vermeiden will. Bei der Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut unterscheidet man drei Grade. Zuerst tritt Haarausfall ein, bei grösserer Dosis Rötung, schliesslich Blasenbildung, die schwerste Veränderung stellt das «Röntgenulcus» dar. Das Carcinom soll nur dann mit Röntgenstrahlen behandelt werden, wenn dasselbe inoperabel und oberflächlich gelegen ist. Psoriasisfälle heilen öfters unter schwacher Bestrahlung.

Lingen.

Adolf Schmidt: Die Funktionsprüfung des Darmes mittelst der Probekost. 63 Seiten. (Wiesbaden, F. F. Bergmann, 1904. Preis M. 2.40).

Empfehlung der von A. Schmidt eingeführten Probekost zwecks genauer Diagnosenstellung bei Erkrankungen der Verdauungsorgane. Referent möchte sich aus eigner, wenn auch bisher noch geringer Erfahrung dieser Empfehlung anschliessen, besonders da die «Probekost» wohl auch in der Praxis leicht ausgeführt werden könnte. Vor zu grossen Erwartungen muss freilich gewarnt werden: die «topische» Darmdiagnostik, erst recht die Erkennung eventueller Pankreaserkrankung, steht noch auf recht schwachem Fundament. Beachtenswert ist die Schmidt'sche «Pankreasprobe» mit Fleischwürfeln, wobei das Erhaltensein der Kerne für ein Ausfallen der Pankreasfunktion spricht.

Eingehend wird die Gährungsprobe und die Strassburger-Schmidt'sche intestinale Gährungsdyspepsie besprochen.

Den Zusammenhang zwischen Anämie und Darmleiden stellt Schmidt strikt in Abrede. Das dürfte doch wohl noch strittig sein.

O. Moritz.

O. Binswanger und E. Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. 341 Seiten. (Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1904. Preis 5 Mark).

Das Buch ist von 6 klinischen Lehrern verfasst. Sie haben den Stoff unter sich folgendermassen verteilt: O. Binswanger — allgemeine Psychiatrie; A. Westphal — Manie, Melancholie, periodische Gesichtsstörungen, Neurasthenie; E. Siemerling — Paranoia, Delirien, Amentia, Graviditäts- und Puerperalpsychosen; A. Cramer — toxische hysterische, epileptische Psychosen; A. Hoche — geistige Schwächezustände; R. Wollenberg — Psychosen auf organischer Grundlage. Das Buch ist in erster Linie für den Praktikanten in der psychiatrischen Klinik berechnet, es soll dem ungeübten Beobachter ein Führer durch die Ueberfülle der Einzelwahrnehmungen beim klinischen Unterrichte sein, diesen letzteren ergänzen, keineswegs aber ersetzen. Auch als Repetitorium für den praktischen Arzt wird das Buch von Nutzen sein.

Michelsen.

Digitized by Google

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 28. April 1904.

1. Dr. Truhart referiert über einen Abort, bei welchem die Patientin am Tage vorher schon den Abgang einer Frucht beobachtet zu haben angab; derselbe Fall soll schon vor 8 Jahren stattgefunden haben und ist damals die erste Frucht von der Hebamme, die 2. vom Arzt entfernt worden.

In der sich daran knüpfenden Diskussion, an welcher sich die Herren Dr. Meyer, Graubner und Truhart beteiligen, wird konstatiert, dass es sich wohl um eine Täuschung von Seiten der Kranken handelt, die vermeintliche erste Frucht wahrscheinlich ein aus der Vulva oder dem Cervix stammendes Blutcoagulum war, welches eventuell einen partiellen Entfärbungsprozess durchgemacht hatte.

Dr. Terrepson berichtet über den Sektionsbefund eines an Magenblutung zu Grunde gegangenen jungen Mannes, der Ulcus rotundum ergab, welches während des Lebens keinerlei Symptome gemacht hatte. Dr. Graubner weist darauf hin, dass bestehende und vernarbte Magengeschwüre, die keine Symptome intra vitam verursachten, von patholog. Anatomen relativ häufig gefunden werden.

3. Dr. Meyer macht einige Bemerkungen über vaginale und abdominale Operationsmethoden in der Gynäkologie. Czerny, Billroth, Schröder, Schauta u. a. führten die vag. Exstirpation des Uterus aus; aus diesen Anfängen entwickelte sich die Technik des vaginalen Operierens in solchem Umfang, dass heute diese Methode bei den verschiedensten Erkrankungen in ausgedehntem Masse zur Anwendung kommt. Die Vorzüge dieses Verfahrens vor der Laparotomie bestehen zunächst in der geringeren Infektionsgefahr, weil nur die den untersten Abschnitt der Bauchhöhle bekleidenden Partien des Peritoneums mit Fingern und Instrumenten in Berührung kommen und erforderlichen Falles eine ideale Drainage nach unten möglich ist; aus denselben Gründen ist der Eingriff an und für sich für den Organismus der Patientin ein leichterer, endlich wird die Gefahr einer lästigen Bauchhernie vermieden. Auch Vortragender folgte dieser Richtung der operat. Gynaekologie, ist aber allmählich zu dem Standpunkt gekommen, in zweifelhaften Fällen die Laparotomie zu bevorzugen. Veranlassung dazu ist unter anderem die Beobachtung eines Falles mit unglücklichem Ausgang. Bei einer 42-jährigen Patientin wurden doppelseitige Tubarsäcke, wegen Jahre hindurch bestehender Beschwerden, durch die vaginale Radikaloperation entfernt. Die Operation war namentlich rechts ungewöhnlich schwierig der starren Schwarten wegen, in welchen die Tubarsäcke lagen. Am zweiten Tage traten peritonitische Erscheinungen auf, welche am 4. Tage zum Exitus führten. Die Sektion ergab als Ursache dieses Verlaufs eine Verletzung des chron. entzündeten in die Schwarten eingebetteten proc. vermiformis, derselbe war beim Lösen der rechten Tube eingerissen worden, ohne dass dieses Vorfall bei der Operation bemerkt werden konnte. Wäre diese Operation per laparotomiam ausgeführt worden, so hätte dieses Ereignis mutmasslich sich vermeiden lassen. Da in den letzten Jahren in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Laparotomien dank der sorgfältigen Bauchnaht, die alle Schichten der Bauchwand gesondert exakt zur Vereinigung bringt, keine Hernien weiter zur Beobachtung kamen bis auf Fälle, in welchen die Bauchhöhle nach oben drainiert worden und da überhaupt die Prognose der Laparotomien eine immer bessere geworden, hat Vortragender letzthin in allen zweifelhaften Fällen die Laparotomie bevorzugt, namentlich auch bei Myomotomien, bei welchen die Erhaltung der portio vag. durch die Laparotomie nicht zu unterschätzen ist, und ist der Ansicht, dass dieser Standpunkt sich allmählich immer mehr Anhänger erwerben wird.

(Autoreferat).

Graubner stimmt Meyer bei, weist auf die Sicherheit hin, mit welcher heutzutage Bauchhernienbildung vermieden werden kann und betont die Wichtigkeit der exakten Naht der einzelnen Schichten spec. der Fascien. Das Gesagte bezieht sich auf Bauchschnitte unterhalb des Nabels, während solche über demselben, wo die M. recti weiter auseinanderstehen und die Fascie schwächer entwickelt ist, eher zu Hernienbildung in der Narbe Veranlassung geben können. Er macht darauf aufmerksam, dass in neuester Zeit Rotter — Berlin auf denselben Standpunkt gekommen ist und der Laparotomie mit exakter Schichtnaht der Bauchwunde das Wort redet.

Meyer verwendet zur Naht jetzt Zwirn, welcher ein Jahr und länger in der Narbe verweilt.

Sitzung am 12. Mai 1904.

3. Dr. Koppel spricht über «das Ergebnis einer Ohren-, Nasen- und Rachenuntersuchung bei 900 Schulkindern». (Zum Referat nicht geeignet, soll in extenso veröffentlicht werden).

Diskussion:

Otto hat im hiesigen Mädchengymnasium dieselbe Untersuchung an 340 Schülerinnen vorgenommen und betont die Schwierigkeit unter ungünstigen Verhältnissen gleichzeitige Resultate zu erzielen. Obgleich er die prozentischen Berechnungen noch nicht ausgeführt hat, so glaubt er doch beobachtet zu haben, dass mit den Jahren, also in den höheren Klassen die Schäden häufiger werden. Schwer zu rubrizieren sind die vorübergehenden leichten Mittelohrkatarrhe mit Tubenverschluss. Es sind dies passagäre Zustände, die sich schnell ändern und event. zu fehlerhaften Schlussfolgerungen führen können. Er erinnert an die Resultate Walb's, der bis 10 pCt. (unter 340 Kindern) Hördefekte fand, meist in Folge von Rachentonsille, also ungefähr analog Kafemann. König in Konitz fand ²/₅ aller Kinder in jeder Beziehung gesund. Von den ³/₅ waren 9 pCt. mit Hördefekten in Folge von Ohreiterung behaftet, an 17 pCt. verzeichnet er «Rachentonsille», in 14 pCt. Gaumenmandelvergrösserung, in 60 pCt. katarrhalische Zustände der Tube. Da Vortragender in 4 verschiedenen Lokalitäten untersucht hat, so dürften die Resultate nicht absolut gleichwertige sein.

Koppel erlaubt sich aus seinem Material kein Urteil darüber, ob bei Kindern höherer Altersstufen häufiger Defekte des Gehörorgans vorkommen, erinnert jedoch daran, dass einige Autoren das Gegenteil behaupten. Die Fehlerquelle, welche durch die an verschiedenem Ort ausgeführte Untersuchung entstehen konnte, hat er versucht nach Möglichkeit zu eliminieren: zunächst durch eine sehr eingehende Untersuchung (nicht mehr als 4 Kinder in einer Stunde!) dann dadurch, dass dieselbe nur im Winter, beim Wegfall des leidigen Strassenlärms vorgenommen wurde. Berücksichtigt wurde ferner die Tageszeit — wie weit der Unterricht die Hörprüfung beeinflusst u. s. w. Von den 1800 Ohren, die er prüfte, hörten 778 die Uhr auf 6 Meter, d. h. 40 pCt., also ungefähr ²/₅, ebenso wie es König fand. Er bestätigt das häufige Vorkommen von vorübergehenden Tubenkatarrhen und macht auf den nicht seltenen Befund von leichter Rosafärbung des Trommelfelles bei guter Hörschärfe aufmerksam, der wohl durch die Wirkung der kalten Luft resp. des Windes zustande kommt.

Truhart, der Jahre hindurch am Landesgymnasium zu Fellin die Untersuchung gemacht hat — immer in demselben Saal — fand, dass in den oberen Klassen nicht häufiger Hördefekte vorkommen als in den unteren. Ferner konstatierte er durch eine Untersuchung von 100 Kindern aus den verschiedensten Schulen (Land, Kirchen- und Stadtschulen), dass in den Schulen der ärmeren Bevölkerungsklassen die Gehörschärfe im allgemeinen schlechter war als in den Schulen der besser situierten Stände.

Koppel hat nur Kinder der ärmeren Klassen untersuchen können. In Bezug auf das Geschlecht ergeben seine Zahlen ungefähr gleiche Verhältnisse. Nach Ansicht einiger Autoren finden sich bei Mädchen häufiger Ansammlungen von Ohrwachs, angeblich weil diese häufiger Manipulationen zum Zweck der Reinigung vornehmen, dabei aber den Cerumen hereindrücken und durch lokalen Reiz die Ohrschmalzdrüsen zu stärkerer Absonderung anregen.

Sitzung am 26. Mai 1904.

3. Dr. Terrepson demonstriert einen Fall von Lichen ruber planus, macht auf die typischen Efflorescenzen und die Lokalisation aufmerksam und bespricht kurz die Differentialdiagnose gegenüber Lichen acuminatus, Lichen syphiliticus, Lichen scrophulosorum und chronicus, sowie die Therapie der Erkrankung.

4. Dr. Otto hält seinen angekündigten Vortrag: Ein Fall von Endothelkrebs der Pleura und des Mediastinums. (Ist in der heutigen Nr. der St. Petersburger medizinischen Wochenschrift abgedruckt).

Diskussion:

Truhart erinnert an die Kontroverse, welche bezüglich der Aetiologie der krebsartigen Erkrankungen besteht: auf der einen Seite die Anhänger der Lehre vom parasitären Ursprung, auf der anderen — vor allen Ribbert — die-

Digitized by Google

jenigen, welche als verursachendes Moment versprengte Keime, die zu wuchern beginnen, annehmen. Ribbert ist geneigt auch den Endothelkrebs zu den derartig entstehenden Tumoren zu zählen.

Otto ist auf die Aetiologie nicht näher eingegangen, da zur Zeit jedenfalls nichts Sicheres darüber feststeht. Er macht darauf aufmerksam, dass die primäre Entstehung des Endothelkrebses im Mediastinum mit sekundärer Weiterverbreitung auf die Pleura der weit seltenere Fall ist, ebenso ist die Durchwucherung unter der Haut ein sehr seltenes Vorkommnis. Der Endothelkrebs charakterisiert sich dadurch, dass das Endothel der Saftspalten eines grösseren Bezirks gleichzeitig in Wucherung gerät—er stellt also einen diffusen Prozess vor. Es spricht dies eigentlich mehr weniger gegen die Ansicht Ribberts und stellt den Unterschied gegenüber den Epithelkrebsen dar, welche circumscript von einem bestimmten Zentrum entstehen, um von hier aus in die benachbarten Gewebe hineinzuwuchern.

Truhart: Zur Zeit stehen die pathologischen Anatomen meist auf Seiten Ribberts, während viele Bakteriologen (Schüller, Sjöbring, Glimmer) und Kliniker (Leyden) parasitären Ursprung annehmen.

Otto: Klinisch und auf dem Sektionstisch sehen wir das Bild des Krebses immer schon entstanden, fertig ausgebildet. Es muss aber eine primäre Kraft vorhanden sein, die die Anregung zum Wucherungsprozess abgiebt, sei er nun im Beginn circumscript wie beim Epithelkrebs, oder von vorn herein mehr diffus, wie beim Endothelkrebs. Für diese primäre Kraft könnte nun sehr wohl eine parasitäre Grundlage angenommen werden.

Meyer erinnert sich eines Falles aus seiner Praxis, in welchem das pleuritische Exsudat nicht haemorrhagisch war, sondern serös. Es handelte sich um ein bösartiges Ovarialcystom mit Metastasen in der Pleura.

Otto macht in Bezug auf die Eigenschaften des Exsudates darauf aufmerksam, dass der haemorrhagische Charakter nicht immer ausgesprochen in manchen Fällen fast rein serös mit nur vereinzelten roten Blutkörperchen ist. Meist findet man es bei der ersten Punktion überhaupt heller, während die Rotfärbung bei jeder folgenden zunimmt. Es wird dies auf die plötzliche Entlastung des Pleuraraumes und den dadurch entstehenden negativen Druck zurückgeführt.

Graubner: Eine primäre Entwicklung auf grösserer Fläche wird auch bei Epithelkrebsen beobachtet, er selbst hat bei einem Falle von Carcinom der Cervixschleimhaut die Neubildung sich weit auf das cavum uteri und auf die Vagina vorschiebend gefunden, ohne dass sie tiefer in die benachbarten Gewebe eindrang. Neuerdings liefert Borst die charakteristische Abbildung eines solchen Falles, wo die Schleimhaut der Vagina wie durch eine Pflugschar durch die Neubildung abgehoben erscheint.

Otto: Bei den Endothelkrebsen der Pleura handelt es sich um ein eigentümliches symmetrisches Ergriffensein grosser Flächen scheinbar gleichzeitig, nicht—wie in den von Graubner angeführten Fällen — um ein Fortkriechen von einem Zentrum aus. Man muss hier gleichzeitiges Einsetzen der Wucherung in grösserem Bezirk annehmen.

Es folgte die Demonstration mikroskopischer Präparate.

8. Dr. Meyer demonstriert die linke gravide Tube einer Frau, welche am 29. April der Laparotomie unterworfen worden. Es handelt sich um eine 23-jährige Patientin, die vor $2^1/_2$ Jahren ihre erste Geburt durchgemacht und vermutlich vor 2 Jahren einen Abort gehabt hat. Seit letzterem sind dysmenorrhoische Beschwerden vorhanden gewesen. Die letzte Menstruation vor 11 Wochen; seit 6 Wochen ziemlich konstante mässige Blutung. Bei der Untersuchung fand sich rechts neben dem kaum vergrösserten Uterus eine schlaffe glattwandige Resistenz, die sich hinten bis in den Douglas hinzog. Bei der Operation fand sich am rechten Ovarium ein Hydrops folliculi; am Ostium abdominale der linken Tube, welche in den Douglas verzogen mit dem rechten Ovarium eng zusammenhing, lag ein grosses derbes Blutgerinnsel; etwa 2 Cent. vom Isthmus weist die Tube eine birnförmige fingergliedgrosse Auftreibung auf, deren Inhalt erst nach vollkommener Härtung einer Untersuchung unterworfen werden soll und welche bei der ersten Untersuchung für das normale Ovarium gehalten worden war. Interessant ist der Fall durch den Mangel der subjektiven Beschwerden, wie sie sonst mit dem Vorgang des tubaren Abortes verbunden zu sein pflegen, so dass hier ein sehr allmählich erfolgter Blutaustritt aus der Tube angenommen werden muss.

(Autoreferat).

Vermischtes.

— Der Gehülfe des Ministers der Volksaufklärung, wirkl. Staatsrat Dr. med. Lukjanow, ist zum Geheimrat befördert worden.

— Wie der «R. Wr.» erfährt, hat der Obermedizinalinspektor der Flotte, Dr. W. Kudrin, das Präsidentenamt im Komité der medizinischen Hauptunterstützungskasse, welches er seit dem Tode Prof. Manasseïns bekleidete, niedergelegt.

— Unser Landsmann, Professor Dr. Ludwig Stieda in Königsberg (früher Professor der Anatomie in Dorpat), ist von der hiesigen Akademie der Wissenschaften zum korrespondierenden Mitgliede gewählt worden.

— Am 12. Januar c. feiert die Moskauer Universität den 150. Jahrestag ihres Bestehens.

— Dem älteren Ordinator der St. Petersburger Augenheilanstalt Dr. Th. Germann ist als Augenarzt der Anstalten der Kaiserlichen Philanthropischen Gesellschaft zu Neujahr der St. Wladimir-Orden IV. Klasse verliehen worden.

— Die Wilnasche medizinische Gesellschaft begeht in diesem Jahre das 100-jährige Jubiläum ihres Bestehens. Sie ist die zweitälteste medizinische Gesellschaft Russlands, denn vor ihr existierte nur die Physiko-medizinische Gesellschaft zu Moskau, die im Jahre 1804 gegründet war. Die Wilnasche med. Gesellschaft zählte im letzten Jahre 121 wirkliche Mitglieder, 61 Ehrenmitglieder und 93 korrespondierende Mitglieder.

— Vor Kurzem feierte der ordentliche Professor der Anatomie an der Odessaer Universität, Staatsrat Dr. Nikolai Batujew, sein 25-jähriges Dienstjubiläum. Der Jubilar bekleidet seit der Eröffnung der medizinischen Fakultät auch das Amt eines Sekretärs derselben.

— Ihr 25-jähriges Professoren-Jubiläum begingen am 24. Dezember a. pr. die Proff. Dr. Küster, Direktor der chirurgischen Klinik in Marburg, und Dr. U. Krönlein, Direktor der chirurgischen Klinik in Zürich.

— Der medizinische Verein bei der Odessaer Universität hat, Odessaer Blättern zufolge, den ehemaligen Moskauer Professor der Hygiene, gegenwärtig in Zürich lebenden Dr. Erismann, welcher bekanntlich vor ca. 9 Jahren auf administrative Anordnung Moskau verlassen musste, für seine Verdienste um die Vervollkommnung hygienischer Kenntnisse in Russland zum Ehrenmitgliede gewählt. — Wie verlautet, hat der Vorstand der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow beschlossen, durch Vermittelung der Moskauer Universität darum zu petitionieren, dass es Prof. Erismann gestattet werde, nach Russland zurückzukehren.

— Wie dem «R. Wr.» mitgeteilt wird, haben der Oberarzt der Marien-Gemeinschaft des Roten Kreuzes in Kiew, Privatdozent Dr. Nejëlow, und ebenso der Konsultant des Krankenhauses dieser Gemeinschaft Dr. Katschkowski ihre Stellungen bei der Gemeinschaft aufgegeben. Die Veranlassung dazu ist eine durch die Vizepräsidentin der Gemeinschaft Frau Rutkowski ihnen zugefügte Beleidigung gewesen.

— Um das Andenken des um die Milderung des Loses der Gefängnissinsassen in Russland hochverdienten Philanthropen und Arztes Dr. P. Haas zu ehren, hat die Moskauer Stadtduma beschlossen, auf einem der städtischen Güter bei Moskau ein Asyl für passlose, aus den Gefängniskrankenhäusern entlassene Individuen auf seinen Namen zu errichten.

— Unter den 152 neugewählten Stadtverordneten in Moskau befinden sich 5 Aerzte; ausserdem finden wir in dem Verzeichnis der Stadtverordneten noch 2 medizinische Professoren: Dr. W. Roth und Dr. J. Spisharny.

— Der «Estl. Gouv.-Ztg.» zufolge, ist der aus Estland gebürtige Dr. Jakob Paul v. Samson-Himmelstjerna mit seinen Kindern aus dem russischen Untertanenverbande entlassen. — Dr. v. Samson, welcher seine medizinische Ausbildung und die Doktorwürde an der Dorpater Universität erhalten hat, war einige Zeit Assistent an der chirurgischen Universitätsklinik in Berlin und ist gegenwärtig, so viel uns bekannt, Arzt des Fürsten Pless und des Johanniter-Krankenhauses in der Stadt Pless (Schlesien).

— Der Wolmarsche Stadtarzt, Kollegienrat Dr. Georg Apping, ist auf sein Gesuch verabschiedet worden.

— Dem Chef des St. Petersburger städtischen Impfinstituts, Privatdozenten der mil.-medizinischen Akademie Dr. Woldemar Hubert, ist auf der im vergangenen Sommer stattgehabten internationalen hygienischen Ausstellung in Paris der grosse Preis (grand prix) zuerkannt worden für sein wissenschaftliches Werk, in welchem er auf experimentellem

Digitized by Google

Wege die Frage zu lösen sucht, wie die bei der Pockenimpfung vorkommenden Erkrankungen zu beseitigen sind. Zu diesem Zweck hat H. in dem Impfinstitut mehr als 1800 Versuche an verschiedenen Tieren angestellt. Vor 5 Jahren erhielt Dr. Hubert den ersten Londoner Preis im Betrage von 10,000 Rbl. und eine goldene Medaille für seine Arbeit: «Die Pocken und die Pockenimpfung bei verschiedenen Völkern».

— Verstorben: 1) Am 31. Dezember a. pr. zu Römershof (Livland) der dortige Kirchspielsarzt Dr. Ernst Sponholz im 73. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1851—56 studierte. Nach Erlangung der Venia practicandi i. J. 1861 war Sp. successive Landarzt in Linden (Kurland), Arzt in Friedrichstadt, Kirchspielsarzt in Kokenhusen und seit 1886 Arzt bei Römershof. Viele Jahre fungierte er auch als Arzt der Riga-Dünaburger Eisenbahn. 2) In Moskau das frühere Mitglied der Medizinalverwaltung der Stadt Moskau, wirkl. Staatsrat Dr. Heinrich Joh. Pohl, im Alter von 59 Jahren an Gehirnapoplexie. Der Hingeschiedene, welcher 25 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt hat, ist auch mehrfach literärisch hervorgetreten; noch vor Kurzem veröffentlichte er in der «Allg. med. Zentralzeitung» einen längeren Artikel über die Bedeutung der gerichtlich-medizinischen Expertise bei Arsenvergiftung. Ein gutes Andenken hinterlässt Dr. Pohl insbesondere bei der armen Bevölkerung durch seine Wohltätigkeit. 3) In Noworossisk der ältere Arzt des Lehrgeschwaders der Schwarzmerflotte, Dr. Nikolai Landschewski im 45. Lebensjahre nach mehr als 20-jähriger Tätigkeit. Er hat sich mit Morphium vergiftet. 4) In Skwira (Gouv. Kiew) der dortige Kreisarzt Dr. Leonid Omeljanowski im Alter von 55 Jahren. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene i. J. 1876 erlangt. 5) Am 3. Januar n. St. zu Tokio der Professor der Medizin an der dortigen Universität Dr. Jul. Scriba (aus Darmstadt) im nahezu vollendeten 57. Lebensjahre. 6) In Berlin der Hofzahnarzt Dr. Alonzo Sylvester, der sich in einem Anfall von Schwermut mit einem Revolver einen tötlichen Schuss in die Schläfe beibrachte. Der Verstorbene, welcher vor mehr als 30 Jahren nach Berlin kam, erwarb sich in kurzer Zeit einen aussergewöhnlichen Ruf als praktischer Vertreter der amerikanischen Zahnheilkunde und Zahntechnik und zählte die kaiserliche Familie sowie viele deutsche Fürsten zu seinem Patientenkreise.

— Prof. Dr. Hans v. Reyher in Dresden, der bereits vor einem Monat bei seiner ersten Einberufung vom aktiven Militärdienst befreit wurde, hat jetzt wieder die Einberufungs-Order erhalten. Seine zweite Einberufung ist auf Grund der Erklärung des Stabes erfolgt, dass die Stellung, welche er als Arzt bei der russischen Gesandtschaft in Dresden bekleidet, nicht zu der Kategorie der Stellungen gehört, die vom Dienst befreien.

— Die Einberufungsorder haben neuerdings die rigaschen Aerzte Dr. E. v. Hirschheydt, Dr. Sarfels und Dr. Leeping erhalten; der Letztgenannte ist jedoch wegen Krankeit vom Dienst befreit worden.

— Die Livländische Abteilung des Roten Kreuzes, welches auf der Eisenbahnstation Echo ein grosses Hospital unterhält, hat gegenwärtig eine Filiale ihres Feldlazaretts in Mukden unter der Leitung des Oberarztes Dr. v. Oettingen eingerichtet und auf der allgemeinen Sortierstation eine Deckersche Operationsbaracke aufgestellt.

— Wie aus dem im «Reg.-Anz.» veröffentlichten Verzeichnis aller vom Roten Kreuz im Fernen Osten unterhaltenen Lazarette zu ersehen ist, standen dort zum 15. Dezember 1904 im ganzen 150 Lazarette mit zusammen 25,360 Betten zur Verfügung.

— Von den Aerzten des psychiatrischen Krankenhauses (im Kreise Podolsk) der Moskauer Gouvernements-Landschaft sind bereits acht zum aktiven Dienst einberufen worden, so dass der grossen Anstalt mit mehr als 600 Betten die Gefahr droht, bald ohne Aerzte zu sein.

— Die ausserordentlichen Professoren der Odessaer Universität Dr. Korsch und Dr. Mankowski sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden, ersterer für gerichtliche Medizin, letzterer für Histologie.

— Der ausserordentliche Professor der Anatomie an der Tomsker Universität, Staatsrat Dr. Popowski, ist auf sein Gesuch verabschiedet worden.

— Der V. Kongress russischer Chirurgen, welcher in den letzten Dezembertagen in Moskau tagte, hatte, wie man voraussetzen konnte, diesmal eine geringere Zahl von Teilnehmern (etwa 100) als in früheren Jahren. Zum Präsidenten wurde der Professor der mil.-med. Akademie Dr. Subbotin und zum Vizepräsidenten der Landschaftsarzt aus Jelissawetgrad Dr. Juzewitsch gewählt. Der nächste Kongress findet im Dezember d. J. wieder in Moskau statt.

— 16 Lodzer Aerzte, die zum Dienst in der aktiven Armee einberufen waren, hatten seinerzeit in Lodz die amtliche Bescheinigung erhalten, dass sie zum Dienst auf dem Kriegsschauplatz untauglich sind. Wie dem «Kurjer Warszawski» aus Lodz gemeldet wird, hat nun eine mit der Prüfung dieser Angelegenheit beauftragte Spezialkommission, die unter dem Vorsitz des Gouverneurs von Petrokow aus einem Delegierten des Medizinaldepartements, dem Gouvernementsmedizinalinspektor u. a. bestand, entschieden, dass neun dieser Aerzte zum Dienst auf dem Kriegsschauplatz tauglich sind; drei Aerzte sind zum Zweck der Feststellung ihrer Qualifikation für den Felddienst einem Warschauer Hospital überwiesen worden, während vier Aerzte als dienstuntauglich von der Einberufung befreit wurden.

— Das Honorar der Aerzte. In dem Bestreben der Aerzte, eine einheitliche Regelung der Liquidationen herbeizuführen, sind nach einem Beschluss des Geschäftsausschusses der «Berliner ärztlichen Standesvereine» folgende Bestimmungen getroffen worden: Es sollen fortan ärztliche Liquidationen in der Regel unmittelbar nach Abschluss der Behandlung, spätestens nach einem Vierteljahr abgesandt, Atteste und Gutachten an Private nur gegen sofortige Honorierung ausgestellt werden. Nachtkonsultationen unbekannter Personen oder Nachtbesuche bei solchen unterliegen in der Regel der sofortigen Honorierung.

— Epidemiologisches. Die Choleraerkrankungen in Russland haben sich verringert. In der Woche vom 20.—26. Dezember erkrankten 23 Personen und verstarben 27 (gegen 61 resp. 120 Personen in der Vorwoche). Die sibirische Pest wies in der Woche vom 22.—28. Dezember im Gouv. Wjatka 46 Neuerkrankungen auf. Die Pestepidemie im Uralgebiet ist dem Erlöschen nahe. Vom 21.—27. Dezember erkrankten dort an der Pest 8 und verstarben 15 Personen. Vom Beginn der Epidemie bis zum 24. Dezember sind im Ganzen 340 Personen der Pest erlegen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. Dez. d. J. 9448 (47 wen. als in d. Vorw.), darunter 450 Typhus — (11 mehr), 882 Syphilis — (76 wen.), 311 Scharlach — (6 wen.), 110 Diphtherie — (7 mehr), 51 Masern — (1 mehr) und 14 Pockenkranke — (4 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. bis zum 18. Dezember 1904.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
485	409	895	247	96	138	22	12	22	63	74	59	57	57	30	18	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 9, Scharlach 22, Diphtherie 17, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 3, Grippe 16, Katarrhalische Lungenentzündung 115, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberkulose der Lungen 107, Tuberkulose anderer Organe 24, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 82, Marasmus senilis 31, Krankheiten des Verdauungskanals 136, Totgeborene 44.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 25. Jan. 1905.

Tagesordnung: Schmitz: Präsidialvortrag. — Jahresberichte der Sekretäre etc. — Wahlen.— — Nochmalige Beratung betr. Unterstützung durch den Krieg geschädigter Aerzte.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 17. Jan. 1905.

Digitized by Google

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Thiocol „Roche"

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Sirolin „Roche"

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Sulfosot-syrup „Roche"

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Protylin „Roche"

ein unbegrenzt haltbares, vollkommen ungiftiges Phosphoreiweiss mit 2,6% Phosphor.

Protylin wurde mit bestem Erfolg geprüft an der ***Chir. Klinik in Bern, Direktor Prof. Dr. Th. Kocher,*** und an der ***I. Med. Universitätsklinik in Berlin, Director Geh. Medizinalrath Prof. Dr. von Leyden.***

Seine therapeutische und tonische Wirkung wurde erkannt bei ***Rhachitis, Scrophulose, Caries, Neurosen, Hysterie, Anämie, Cachexie und Basedow'scher Krankheit.***

Im Allgemeinen ist Protyin für den menschlichen Organismus ebenso werthvoll wie die Superphosphate für die Pflanzen.

Ausser Protylin stellen wir zur Zeit noch
Eisenprotylin (Eisengehalt 2,3 pCt. und
Bromprotylin (Bromgehalt 4 pCt. organisch gebunden) dar.

Von Protylin u. Eisenprotylin ersuchen wir nicht einzelne Pulver, sondern stets nur die Originalpackungen von 25, 50, 100 oder 250 gr. zu verordnen.

Muster und Literatur stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Alleinige Fabrikanten:
F. Hoffmann-LaRoche & Co., Fabrik chem.-pharm. Producte
Basel (Schweiz) ***Grenzach*** (Baden).

(17) 10—4.

Airol „Roche"

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche"

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche"

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% org. gebund. Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz.

Dr. Emmerich's Heilanstalt

für Nerven-, Morphium-, Alkohol- etc. Kranke

Gegründet 1890 **B.-Baden** *Gegründet 1890*

Mildeste Form der Morphium-Entziehung ohne Zwang und Qualen unter sofortigem Wegfall der Spritze in 4—6 Wochen.
Prospekte kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen.)
Bes. u. dirig. Arzt Dr. Arthur Meyer. 2 Aerzte.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. Koeniger.

Le Valerianate de Pierlot.

(Валеріано-кислый аммоніакъ Пьерло).

Дѣйствуетъ успокаивающимъ образомъ при нервныхъ болѣзняхъ какъ:

НЕВРОЗАХЪ
НЕВРАЛГІЯХЪ
НЕВРАСТЕНІЯХЪ

ДОЗА: Двѣ или три чайныхъ ложки утромъ и вечеромъ въ четверти стакана сахарной воды.

Литература: Bouchardat, Tr. Pharm., page 300. Gübler, Com. du Codex, page 813. Trousseau, Thérap., page 214. Charcot, Cliniques de la Salpétrière.

(10) 10—9.

Lancelot et Co. Rue St.-Claude, №. 26, Paris.

Главный представитель для всей Россіи г. ПОММЬЕ. С.-Петербургъ, Невскій, № 13.

Склады въ С.-Петербургѣ: у Штоль и Шмидтъ, улица Гоголя и въ Русскомъ Фармацевтическомъ Обществѣ, Казанская, № 12.

Digitized by Google

Wenn Sie fortgehen,

lassen Sie unbesorgt Alles auf dem Schreibtische liegen!

Momentaner Verschluss
des Tisches und aller Seitenschubladen mittelst Rolljalousie. Tintenkleckse oder Flecken lassen sich leicht entfernen (amerikanische Polierung). Preise von 70 Rbl. an. Lager von zusammensetzbaren Bücherschränken, Registratoren, Karten-Registrierschränken etc. Kataloge kostenlos (bei Bezugnahme auf diese Annonce). Kopierpressen und -Tische. Bequeme Sitzauflagen (schonen die Kleider). Prospekte kostenlos.
Janis Repson. Abteilung für schwedisch-amerikanische moderne Kontor- und Bibliothek-Einrichtungen,
St. Petersburg, Bolsch. Konjuschennaja 13. — Telephon 5376.

Salit (Salicylsäurebornylester). Wirkt als **äusserliches** Mittel besonders günstig bei allen nach Erkältung auftretenden **rheumatischen** und **neuralgischen Schmerzen**, bei **Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus** und **Ischias.** Von einer Mischung aus gleichen Teilen Salit und Olivenöl in der Regel täglich 2 mal ½ bis 1 Kaffeelöffel voll in die Haut der erkrankten Körperteile einzureiben. — Salit ist ausserordentlich billig.

Collargol. Bei **septischen Erkrankungen** (Septikämie, Puerperalprozessen — auch prophylaktisch bei Geburten —, Endokarditis, Milzbrand etc.) als Lösung zur **intravenösen** und **rektalen** Anwendung, als **„Unguentum Credé“** zum Einreiben — Zur **Wundbehandlung** in Form von Tabletten etc.

Itrol. Silberpräparat für Augen- und Geschlechtskrankheiten, besonders **Gonorrhöe.**

Acoin. Billiges **Lokal-Anästhetikum** von intensiverer und längerer Wirkung als Kokain.

Proben und Literatur durch
Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,
oder deren Vertreter: (19) 11—1.
R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, S Petersburg.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & C° FRANKFURT A/M.

DYMAL (17) 3—2.

Geruchloses, ungiftiges, reizloses und sekretbeschränkendes **Trocken-Antisepticum**, bewährt bei Wunden, Verbrennungen, Hyperidrosis, Intertrigo und anderen Hautkrankheiten, den übrigen Jodoform-Ersatzmitteln wegen seiner **Billigkeit** vorzuziehen.

LYGOSIN-CHININ

Ungiftiges, reizloses **Antisepticum**, bewährtes Mittel bei Furunkeln, Phlegmonen, Ekzemen, profusen Eiterungen etc.

LYGOSIN-NATRIUM

Bewährtes Mittel gegen **Uterusgonorrhöe**, geprüft und empfohlen von Dr. Parády, I Assistent an der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität Klausenburg.

Muster und Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze (3) 17—14.

VICHY

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 8 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.
Ольга Свѣтлова, Серіевск., д. 17, кв. 19.
Marie Winkler, уг. Соляноа пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61. кв. 32.
Frau Minna Rieser, geb. **Franke.** Старый Петергофскій просп. д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Довв. ценз. Спб., 14 Января 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3malgespaltene Zeilen in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. – Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 2 St. Petersburg, den 15. (28.) Januar. **1905.**

Inhalt: Dr. med. Richard Otto: Ueber einen Fall von Endotheliom des Mediastinum und der Pleura mit Uebergreifen auf die Leber. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Saluti aegrorum, Aufgabe und Bedeutung der Krankenpflege im modernen Staat. Von A. v. Lindheim. — Casper: Lehrbuch der Urologie. — Paul Röthig: Handbuch der embryologischen Technik. — Protokolle des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber einen Fall von Endotheliom des Mediastinums und der Pleura mit Uebergreifen auf die Leber.

(Vortrag, gehalten am 26. Mai 1904 in der med. Gesellschaft zu Dorpat.)

Von

Dr. med. Richard Otto, Dorpat.

(Schluss).

Gestatten Sie mir nun, m. H., einen Streifzug ins Gebiet der Literatur, so ist E. Wagner[3]) unstreitig der Erste, der über den Endothelkrebs als eine eigenartige maligne Neubildung der serösen Häute berichtet, dessen Entstehungsweise er auf die Wucherung der Lymphgefässendothelien zurückführt. Dabei betont er ausdrücklich die Aehnlichkeit mit dem Epithelkrebs.

Später hat R. Schultz[4]) die von Wagner beschriebenen 2 Fälle aufs neue analysiert und gefunden, dass diese vielfach alveolären Geschwülste, bei denen die erweiterten Lymphräume der Pleuren, der Lunge und der Bronchien mit epithelähnlichen Zellen angefüllt waren, in der Tat an eine in vieler Hinsicht bösartige Neubildung erinnern. In einem dieser Fälle war es zu Metastasen in andere Organe, vorzugsweise aber in die Leber gekommen.

Da Schultz im mikrosk. Bilde morphologisch nichts anderes als Krebs vor sich sah, so hat auch er keinen Anlass finden können von der Wagner'schen Bezeichnung des Endothelkrebses abzugehen, um so mehr als dieser Tumor dieselbe Kachexie, wie der Epithelkrebs, herbeiführt. Schultz hebt ferner hervor, dass in den vorgeschrittenen Fällen die rein alveolären Formen überwiegen, während in den jugendlichen — hier gebe ich seine klassische Darstellung wieder — der Krebs sich in mehr netzartig geordneten, unter einander communizierenden, sich bald erweiternden, bald verengernden Räumen findet, die an das normale Lymphgefässnetz erinnern und mit diesem identisch sind.

War in den Wagner'schen Fällen die Pleura der einseitige Sitz des Neoplasmas gewesen, so verfügte Schultz bereits über einen solchen des Peritoneums, wo der Endothelkrebs auch auf die Pleura übergegangen war.

Seit jener Zeit ist eine Reihe von Publikationen verfasst, in denen die primäre Entstehung des Tumors entweder in der Pleura oder dem Peritoneum gefunden wurde. Dabei war es öfters zu wechselseitiger Metastasierung gekommen. Aeusserst selten aber liessen sich Fälle von Endothelkrebs der Pleuren entdecken, wo trotz der Nähe der Lunge dieselbe verschont blieb.

Gegenüber den Abweichungen und der Individualität jedes einzelnen Falles war man sich aber durchweg über die Entstehung dieser Tumoren klar. Ursache war stets die Wucherung der Lymphräume und Saftspalten, so dass der mikrosk. gleichartige Charakter ein für allemal festgestellt zu sein scheint.

Ein anderes Verhalten zeigt das makroskopische Aussehen. Hier begegnen wir oft den mannigfaltigsten Bildern, die in ihren Extremen entweder, wie in unserm Falle bis haselnussgrosse, ziemlich gleichmässig verstreute Geschwulstknoten auf infiltriertem Gewebe zur Anschauung bringen oder das Bild jener völlig diffusen und gleichartig schwartigen Verdickung der Pleura zeigen, die, wie im Fraenkel'schen Falle, einer sog. callösen Pleuritis bis zur Verwechselung ähnlich sieht; oder aber es zeigen sich unregelmässige, weitmaschige Netze mit gelbweissen, flacherhabenen Strängen und Knoten oder graugelbe nur submiliare Knötchen,

[3]) E. Wagner: Handb. der allg. Pathologie 6. und 7. Auflage. 1874 S. 76.

[4]) Erwähnt bei F. Neelson: Untersuchung über den «Endothelkrebs» (Lymphangitis carcinomatodes). D. Archiv f. klin. Medizin. XXXI. Bd. p. 375.

Digitized by Google

wie bei Wichern[5]), oder endlich, wie bei Schultz, selbst condylomartige Excrescenzen.

Im allg. sind das auch die in der Peritonealhöhle wiederkehrenden Typen. Nichts destoweniger bilden sich für den einzelnen Fall, je nach Lokalisation und Dauer des an Pleura, Peritoneum, Darmserosa oder Netz spielenden Prozesses, je nach dem Einfluss sekundärer Schrumpfung oder Verwachsung, vor allem je nach Kombination der verschiedenen Typen, ganz eigenartige Bilder heraus.

M. H. Der gesamte Ihnen von mir oben geschilderte Krankheitsverlauf liegt zwischen Ende Jan. 1901 und Sept. 1902. Es sind das annähernd 1³/₄ Jahr oder rund 20 Monate. Trotz dieser verhältnismässig langen Zeit ist es nicht unwahrscheinlich, dass die anfänglichen, durch nichts charakterisierten Müdigkeitssymptome zusammen mit dem eigenartigen Unbehagen und dem häufigen Herzklopfen schon mit den ersten Keimen der sich später mehr und mehr disseminierenden Neubildung verknüpft waren, Keime, die wohl kaum anderswo als im lockeren Zellgewebe des Mediastinums ihren Anfang genommen haben können.

Eine einheitliche Symptomatologie ist, wenn überhaupt durchführbar, für die erste Zeit der beginnenden Erkrankung nicht möglich.

Erst im Verlaufe von Wochen und Monaten macht sich der versteckt hervorwachsende Tumor durch die ersten lebhaften, stechenden und oft ausstrahlenden, Schmerzen bemerkbar. Trotz alledem wird ihre ernste Bedeutung regelmässig verkannt. Ist es die Brusthöhle, mit welcher wir es hier ausschliesslich zu tun haben, so bildet sich auf der einen, oft auch der andern Hälfte derselben eine Dämpfung mit Abschwächung des vesiculären Atmens und des Pectoralfremitus heraus. Die Probepunktion ergiebt jetzt entweder ein gelbliches oder blutiges Exsudat.

Der im Uebrigen afebrile Krankheitsverlauf hat bisher noch immer nichts Charakteristisches für einen Pleuratumor gehabt. Eher schon bestand der Verdacht einer schleichenden, vielleicht tuberkulösen Pleuritis. Mehrfache Punktionen haben unterdessen jedesmal eine grössere Menge eines nicht haemorrhag. Exsudats von schwankendem spez. Gewicht ergeben.

Vom mikrosk. Befunde dieser Flüssigkeit hängt gelegentlich schon die Entscheidung ab. In unserem Falle fanden sich neben massenhaften Blutkörperchen immer wieder Gruppen runder, hydropischer Zellen verschiedener Grösse. Verbände auffallend grosser, nam. polymorpher und fettig degenerierter Zellen, wie sie Quincke für den Epithelkrebs in Anspruch nimmt, Fraenkel aber auch beim «Endothelkrebs» beobachten konnte, fanden wir nicht.

Da selbst die bösartigsten Endotheliome der Pleura keine Neigung zur Ulceration zeigen, so mussten nach der Meinung Fraenkels jene verfetteten Krebszellen, die er in maulbeerartigen Verbänden vorfand, aus den Lymphbahnen oder aber von der Oberfläche der infiltrierten Pleura stammen.

Die Voraussetzung, dass die Punktionsflüssigkeit schon als Funktion, nam. aber auch durch ihre räumliche Nähe vom umspülten Neoplasma Aufschlüsse über dasselbe abgeben müsse, liegt nahe genug; das Schwierige ist und bleibt nur die Deutung und Unterscheidung der in ihr enthaltenen morphotischen Bestandteile. Quincke verlangt hier das scharfe Auseinanderhalten jener Zellverbände, zu denen sich die polymorphen fettig degenerierten Krebszellen zusammenballen, von den bei der Entzündung der Pleura abgestossenen Oberflächenendothelien mit ihrem geringeren und isolierterem Vorkommen und ihren kleineren Kernen.

Dass diese Aufgabe immerhin zu den schwierigen zählt, geht aus dem Umstande hervor, dass beide Zellarten gleichartig körnig fettig und hydropisch degeneriert sein können.

Unter den 4 Haupterkrankungszeichen Fraenkel's wird dieser für Tumor charakteristische Befund in der Punktionsflüssigkeit an erster Stelle genannt und in der Tat bildet der Nachweis jener Zellverbände beziehungsweise Geschwulstpartikelchen das vor allen andern massgebende Symptom. Dass die weiteren Fraenkel'schen Zeichen das chylöse, nam. auch das haemorrhag. Exsudat, wie sie durchaus nicht ausschliesslich dem «Endothelkrebs», sondern noch häufiger vielleicht der Tuberkulose zukommen, für diesen Fall gegenstandslos werden müssen, liegt auf der Hand. Derartige Zeichen sind eben nur von bedingtem Wort.

Anders verhält sich die Sache, wenn das die Diagnose geradezu deklarierende I. Symptom, wie in unserem Falle, fehlt. Wenn dann trotz Husten und Abmagerung lange Zeit hindurch sich weder ein verräterischer Spitzenkatarrh noch Tuberkelbazillen entdecken lassen, so werden wir nicht allein durch den Habitus des mehr und mehr kachektischen Kranken und das gelegentliche Zustandekommen von Organ- und Drüsenmetastasen, sondern oft auch schon früher durch unvorhergesehene, sich aus jedem Einzelfalle ergebende Gefühlspunkte und Schlüsse zur Diagnose eines malignen Tumors gelangen können. Dabei muss übrigens bemerkt werden, dass die Neigung der Clavicular- und Axillardrüsen zur Erkrankung weder ein frühes, noch in die Augen fallendes Symptom ist und ein solcher Befund gegen das Ende der Krankheit nur den bedingten Wert einer die Diagnose bestätigenden Bedeutung haben kann, während es andererseits Fälle giebt, wo der Marasmus schon früher die Szene beschliesst.

Ist das Mediastinum schon früh beteiligt, so kann der Tumor durch einen Intercostalraum hindurchzuwuchern beginnen. Er schiebt dann die Haut vor sich her und erscheint als knollige mit der Zeit sich vergrössernde Masse zur Seite des Brustbeins. Ob es unter diesen Umständen zur offenen Exulceration kommt, ist nicht bekannt.

Fälle von Pleuraendotheliom, in denen das Mediastinum beteiligt war, sind übrigens sehr selten. Dies rechtfertigt vielleicht die kurze Erwähnung eines mir vor Jahren begegneten Falles mit Tumor im linkseitigen 3. Intercostalraum. Gleichzeitig bestand schon seit einiger Zeit eine Stimmbandlähmung, über deren Natur die äusserst erschwerte laryngosk. Untersuchung keinen sicheren Aufschluss gab. Aller Wahrscheinlichkeit war hier, wie in einem Unverricht'schen[6]) Falle eine Kompressionslähmung des linken Nerv. recurrens zustande gekommen. Die Perkussion und Auskultation machte das gleichzeitige Bestehen eines Pleuratumors in solchem Grade wahrscheinlich. Leider gestattete die hochbetagte Patientin keinerlei Eingriff und die Umgebung auch später die Sektion nicht. Ob es sich um irgendwelche sicht- und fühlbare Lymphdrüsenmetastasen handelte, vermag ich nicht mehr zu sagen.

Das IV. Haupterkrankungszeichen, die Verengerung des Thorax, findet sich in der Literatur kaum erwähnt. Nur Fraenkel und neuerdings Bonheim[7]) legen diesem Symptom eine Bedeutung bei.

---

[5]) H. Wichern: Ueber primäre Endotheliome der Pleuroperitonealhöhle. Hamburg 1902.

[6]) Unverricht: Zeitschr. f. klin. Medizin Bd. IV. 1892. pag. 79.

[7]) Ueber sog. Pleuraendotheliome. Münch. med. W. 51. Jahrgang 1904, p. 741.

Ersterer beobachtet nach mehrfachen Punktionen und dadurch veranlasster Schrumpfung der Pleura eine Verengerung des Thorax, während Bonheim diesen Vorgang selbst an einer ganzen Thoraxseite zu Stande kommen sah. Beide betonen die ausserordentliche Schnelligkeit, mit welcher dies geschieht, so dass Bonheim in die Lage geraten konnte, die Entstehung einer Skoliose der Brustwirbelsäule sozusagen unter den Augen verfolgen zu können. Unter seinen 3 Fällen von Pleuraendotheliom war dies Symptom 2mal vertreten.

Im Anschluss an dieses IV., gelegentlich wertvolle Symptom Fraenkel's, möchten wir hier noch an das Vorkommen von Impfmetastasen im Stichkanal nach Punktionen erinnern. Nach Quincke sind sie der Ausdruck für die im Exsudate suspendierten, mitunter noch proliferationsfähigen Krebselemente. Eine derartige, wenn auch nicht gerade allzuhäufige Beobachtung wäre dazu angetan, die Diagnose in ausschlaggebender Weise zu sichern.

Dass dieses Symptom selbst zum einzigen Hilfsmittel werden konnte, geht aus einem Unverricht'schen Falle hervor, der unter dem Bilde einer einfachen, linkseitigen Pleuritis verlief und nach 3-maliger Punktion auf dem besten Wege zur Heilung war. Das blutige Exsudat und der fieberlose Verlauf rechtfertigten noch nicht die Annahme eines Tumors. Trotzdem fanden sich bei der nach 2 Monaten ins Spital zurückgekehrten Patientin an den Punktionsstellen harte, hügelige Erhebungen, welche Knoten entsprachen, die post mortem in sämtlichen Pleurablättern und in der linken Lunge zu beobachten waren.

Wir unterscheiden hiernach einschliesslich der Impfmetastasen 3 vom Exsudat und 2 von der Punktion abhängige Hauptsymptome. Natürlich hängt die Diagnose nicht allein von der Zahl, sondern vom Werte dieser Symptome ab. Gelegentlich können sie aber alle fehlen.

Dies lehrt uns der immerhin recht seltene Fall von de Mattos[*]), in welchem bei nicht absoluter Dämpfung der rechten Thoraxhälfte das Vesikularatmen wie von ferne zu hören war. Da die Lungenränder sich nur wenig verschieblich zeigten und jede Probepunktion resultatlos verlief, wurde Pleuraverdickung als Rest einer früheren Entzündung diagnostiziert.

Die Obduktion zeigte vollständige Verwachsungen der durch Tumormasse verdickten, teilweise knolligen Pleura, nam. rechts, aber auch links, so dass das Herausschälen der Lungen überaus schwierig war. Von der ganzen Pleurahöhle war links ein kleiner, nur 80 cc fassender, mit blutigem Exsudat erfüllter Raum übrig, der zu Lebzeiten des Kranken nicht entdeckt worden war. Dass hier bei völligem Mangel irgend welcher pathognomonischer Symptome eine Fehldiagnose gestellt worden war, ist nur zu natürlich.

Wie schon erwähnt, handelt es sich in den weitaus meisten Fällen von Pleuraendotheliom um die Mitaffektion der Lunge. Der ausschliesslich oder nahe zu auf die Pleuren beschränkten Erkrankung begegnen wir in 19 Fällen nur 4 Mal. Das sind Fraenkel und de Mattos mit je einem und Bonheim mit zwei Fällen. Wir selbst beobachteten, abgesehen von den Tumormassen im Mediastinum, die pl. diaphragm. und costalis als Sitz der Erkrankung. Die Pleura pulmonalis dagegen zeigte, mit Ausnahme eines einzigen flachen Knötchens der rechten Seite, welches nicht tief in die Lungensubstanz eindrang, sich völlig intakt, so dass man nichts anderes annehmen konnte, als dass hier eine Kontaktmetastase zu Stande gekommen war.

Bei der Rückschau auf die klinischen und pathologisch-anatom. Erscheinungen lässt sich der Ort der primären Entstehung und der Weg der weiteren Ausbreitung des Tumors mit einiger Wahrscheinlichkeit bestimmen. Es spielen hier die von vornherein zu beobachtenden quälenden Herzbeschwerden bei verhältnismässig früher, aber schon augenfälliger Abmagerung eine Rolle. Es liegt daher die Annahme nahe, dass die krankhaften Fluxationen des in steter Unruhe erhaltenen Herzens von symptomatischer Bedeutung für den Beginn des in nächster Nähe entstehenden und sich nach abwärts verbreitenden Mediastinaltumors waren.

In der Tat finden wir auch die hintere Wand des Perikards am Tumor beteiligt.

Diese Tatsachen werden in bester Weise gegenseitig ergänzt und lassen sich noch weiter verfolgen, wenn man die späteren, gegen den rechten Rippenrand hin lokalisierten Schmerzen mit dem Wege in Zusammenhang bringt, den der Tumor voraussichtlich inzwischen genommen. Derselbe ist nach rechts ins Diaphragma gewuchert. Mit der weiteren Ausbreitung des Prozesses über die Pleura, mit Ausnahme der Pulmonalpleura, kommt es schliesslich zur Entwickelung der Exsudation. Im rechten Abschnitt des Diaphragma ist es aber zu einem bemerkenswerten Vorgange gekommen. Es hat hier ein Uebergreifen des Tumors durch das Zwerchfell in die Leber stattgefunden, nachdem sich vorher zwischen beiden eine Adhaesion herausgebildet hatte.

Wagner und Schultz haben vom Endothelkrebs gesprochen, doch ist dieser Auffassung von Neelson und später von Fraenkel entgegengetreten worden. Sie vertreten die Ansicht, dass es sich bei der diffusen Ausbreitung dieses Prozesses in den serösen Häuten um nichts anderes, als um einen entzündlichen, vielleicht durch Infektion vermittelten Vorgang handle, wobei die Endothelien der Lymphräume und Saftspalten in Wucherung geraten. Dadurch werde das Gewebe derart histologisch verändert, dass der Charakter des Carcinoms nachgeahmt werde (Neelson), während die Metastasen gerade für eine Entzündung der Pleura sprächen.

Wir können unter Hinweis auf den von uns beschriebenen Fall uns weder für die Auffassung eines entzündlichen noch carcinomatösen Prozesses erklären, möchten uns vielmehr denjenigen Autoren anschliessen, die hier vom nichts praejudizierenden Endotheliom reden, das trotz seiner eigenartig diffusen Ausbreitung in den serösen Häuten die Eigenschaft eines malignen Tumors verrät.

Dorpat, 30. Oktober 1904.

---

*) Teixeira de Mattos: Zur Kasuistik des primären Pleuraendothelioms und über die Diagnose des Pleurakrebses. Leiden 1894.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Saluti aegrorum, Aufgabe und Bedeutung der Krankenpflege im modernen Staat. Eine sozialstatistische Untersuchung von A. v. Lindheim. Leipzig und Wien. Fr. Deuticke 1905. (gr. 8°, 332 S.).

Verf. hat in 4 Kapiteln ein reichhaltiges Material zusammengefasst und zum Teil eingehend bearbeitet. Kap. 1. giebt einen Ueberblick über den Umfang der Krankenfürsorge und Krankenpflege in Oesterreich und Deutschland; ein etwas flü[illegible]iger Vergleich mit England, Italien, Rumänien schliesst sich daran. Kap. 2, das gründlichste und umfassendste des ganzen Buchs, berichtet über Sterblichkeits- und Erkran-

Digitized by Google

kungsverhältnisse in der Krankenpflege. Kap. 3 beweist die Gefahrlosigkeit der Kurorte und Lungenheilstätten in Bezug auf die Infektion der Bevölkerung (Oesterreich, Deutschland, Riviera, Schweiz). Kap. 4 bespricht die Reform der Krankenpflege in den Kulturstaaten. und enthält eine Reihe von Reformvorschlägen, die vorzugsweise österreichischen Verhältnissen angepasst sind.

Am Schluss fasst der Autor seine Gesamt-Ergebnisse zu einem Resumé zusammen, aus welchem wir als das unseres Erachtens Wichtigste folgende Sätze hervorheben:

«Der ärztliche Beruf ist dank der Fortschritte der Wissenschaften und der Prophylaxe in Bezug auf Infektion (bes. Tuberkulose) günstiger gestellt als fast alle übrigen Lebensberufe. Doch wird der Aerztestand . . . in erster Linie von Erkrankungen des Herzens und der Nerven betroffen».

Die eigentlichen Krankenpflege-Personen beider Geschlechter sind in Morbidität und Mortalität zwar weniger günstig gestellt als die Aerzte, doch sind sie in Bezug auf die Infektion (nam. Tuberkulose) nicht grösserer Gefahr ausgesetzt, als die gesamte Bevölkerung der gleichen Altersperiode. Die ungünstigen Ausnahmen, welche bei den konfessionellen Genossenschaften, namentlich bei den barmherzigen Schwestern römisch-katholischen Bekenntnisses stattfinden, sind auf Gründe zurückzuführen, die nicht auf der Ansteckung am Krankenbette beruhen.

Eine Ansteckung der Pflegepersonen in Lungenheilstätten war in allen Fällen ausgeschlossen.

Die umfassende Untersuchung über den Einfluss Lungenkranker in offnen Kurorten Oesterreichs, Deutschlands, der Schweiz und der Riviera ergab, dass derselbe nicht nur kein ungünstiger war, sondern dass infolge der verschärften Prophylaxe und besserer sanitärer Einrichtungen die einheimische Bevölkerung weniger an Tuberkulose zu leiden hatte, als vor der Gründung der betr. Kurorte und Sanatorien an diesem Orte.

Der Verf. erklärt die gesamte Krankenfürsorge für eine Angelegenheit des Staates; Bau und Einrichtung von Hospitälern und Heilstätten, Ausbildung von Krankenpflegepersonen, Beaufsichtigung aller von Gemeinden und Privaten geleiteten humanitären Anstalten sollen Staats-Verpflichtung sein. Das wird in einer Reihe mehr detaillierter Reform-Vorschläge ausgeführt.

Für uns in Russland sind namentlich die sorgfältigen statistischen Erhebungen des 2. und 3. Kapitels von Wert.

M—tz.

Casper: Lehrbuch der Urologie. (Urban u. Schwarzenberg).

In dem Vorwort betont C., dass der Begriff der «Urologie» weiter gefasst werden muss, als es gewöhnlich geschieht. Es begegnen sich auf diesem Gebiet die Wirkungsfelder des Internisten, des Dermatologen und Chirurgen; die Urologie ist eigentlich ein «Grenzgebiet» par excellence. Die Behandlung, die Verf. von diesen Gesichtspunkten aus dem Gegenstande angedeihen lässt, ist in möglichst knapper Form eine möglichst erschöpfende. Das Buch ist richtig für den Lernenden geschrieben; es will gar nicht die divergierenden Anschauungen über strittige Fragen zum Ausdruck bringen, sondern das wiedergeben, was nach des Verf. massgeblichen Meinung unbestrittener Besitz der Wissenschaft geworden ist.

Das Werk sei angelegentlichst empfohlen.

Wichert.

Paul Röthig: Handbuch der embryologischen Technik. Mit 34 Abbildungen im Text. (Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. Mk. 10,60).

Wenn man embryologische Arbeiten auszuführen hat, so ist man darauf angewiesen, die Technik des betreffenden Laboratoriums zu acceptieren, in welchem man gerade arbeitet, und sich durch Literaturstudien über die von den Autoren jeweilig angewandten Methoden zu orientieren. Zwar enthalten jetzt schon einzelne Werke über histologische und mikroskopische Technik auch einzelne Angaben über embryologische Untersuchungsmethoden, wie sich diese ja im allgemeinen an die histologischen Methoden anschliessen (so ist z. B. an die hier bereits besprochene Encyklopädie der mikroskopischen Technik zu erinnern), doch ist es als eine dankenswerte Aufgabe zu bezeichnen, der sich der Verf. unterzogen hat, in einem Werk alle wichtigsten Angaben gesammelt zu haben.

Wir finden hier Fixierungs- und Tinktionsverfahren, sowie Einbettungsmethoden und wichtige Apparate; dann werden die einzelnen Tierklassen der Reihe nach besprochen, endlich die verschiedenen Gewebe abgehandelt; zuletzt finden auch die experimentelle Entwicklungsgeschichte und die Rekonstruktionsverfahren ihre Behandlung.

Ucke.

Protokolle des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1329. Sitzung am 3. Mai 1904.

1. Blessig: Ueber Verletzungen des Auges durch federnde Zeitungshalter.

Es handelt sich um eine hier am Ort häufige, geradezu typische Verletzungsform. In der St. Petersburger Augenheilanstalt wurden vom Januar 1902 bis heute, also in etwas mehr als 2 Jahren, 10 solche Fälle stationär behandelt (1902: 7 Fälle, 1903: 2 Fälle, im laufenden Jahr bisher 1 Fall). Die Verletzungen waren alle in Restaurants erfolgt, die Verletzten teils Zeitungsleser, teils Kellner, die mit dem Herausnehmen von Zeitungen aus den Haltern und mit dem Einlegen solcher in die Halter beschäftigt waren, also meist jüngere Männer, seltner Knaben. Die Verletzung betraf gleich häufig das rechte wie das linke Auge (je 5 mal). Der Mechanismus dieser zu Verletzungen führenden Zeitungshalter ist folgender (Demonstration): längs des Holzstabes läuft in einer Rinne ein federnder Draht, dessen freies Ende durch einen drehbaren Ring festgehalten wird. Das Drahtende wird frei, sobald ein im Ringe befindlicher Ausschnitt entsprechend eingestellt wird. Dabei schnellt der Draht mit grosser Kraft hervor und, bei zufälliger Drehung des Ringes, gegen das Auge des Lesers oder des sonstwie mit dem Zeitungshalter Beschäftigten. Die Wucht des Anpralles ist natürlich um so grösser, je näher die Zeitung vor dem Auge gehalten wird. In einem Falle wurde die Brille des Lesers zertrümmert und das Auge durch das zersplitternde Brillenglas verletzt.

Die so verursachten Verletzungen waren durchweg sehr schwer. Stets handelte es sich um penetrierende Wunden, resp. Rupturen der Hornhaut und Corneaskleralgrenze. Wie aus einer vorgelegten schematischen Zeichnung ersichtlich, verliefen die Risse meist horizontal im unteren und mittleren Drittel der Hornhaut, waren also als direkte Rupturen anzusehen. Nur in einem Falle lag eine bogenförmige, dem Hornhautrande parallel laufende, mithin indirekte Ruptur vor. Fast immer war die Iris vorgefallen oder in die Wunde eingeklemmt (7 mal), einmal lag fast die ganze ausgerissene Iris vor der Wunde (fast vollständige Iridodialyse, traumatische Aniridie). In der Mehrzahl der Fälle war auch die Linse verletzt (Cataracta traumatica 6 mal). Ebenso waren gleichzeitig mehr oder weniger ausgedehnte intraoculare Blutungen vorhanden (Hyphaema, Haemophthalmos). Diese führten durch Hinterlassung intensiver Glaskörpertrübungen hauptsächlich zu dauernder Schädigung des Sehvermögens. Von den 10 so verletzten Augen behielten nur 2 eine brauchbare Sehschärfe ($V = 0{,}5$)! In den übrigen 8 Fällen blieb das verletzte Auge blind ($V = \frac{1}{\infty}$ Lichtempfindung ohne Projektion und Fixation). In 1 Fall musste wegen Cyclitis die Enucleation des Auges in Vorschlag gebracht werden, auf die der Verletzte aber nicht einging.

Zweck dieser Mitteilung ist auf die Gefahr hinzuweisen, die dem lesenden Publikum und der Bedienung in den Restaurants seitens solcher federnder Zeitungshalter droht. Vortr. hat dieselbe Mitteilung kürzlich auch in der St. Petersb. Ophth. Gesellschaft gemacht und diese beabsichtigt gehörigen Orts darauf hinzuwirken, dass die Zeitungshalter vom besprochenen Typus ausser Gebrauch gesetzt werden.

(Autoreferat).

2. Petersen stellt einen Pat. mit Lupus der Unterlippe vor, welcher vor Beginn der Behandlung dem Verein schon vorgestellt worden war, um die Beeinflussung dieses Leidens durch das Radium zu demonstrieren. Im ganzen wurden 9 Sitzungen abgehalten. Der Erfolg muss als guter bezeichnet werden; der grösste Teil der Knötchen ist geschwunden. Die lange Dauer der Radiumbehandlung ist die Veranlassung, dass jetzt zur Behandlung nach Finsen übergegangen werden soll, um die vollständige Heilung zu beschleunigen.

3. Dombrowski spricht über Appendicitis.

Vortr. bespricht die Fortschritte in der Appendicitisfrage der letzten Zeit, um die sich, wie bei vielen anderen Krankheiten der Bauchorgane, die Chirurgen besonders verdient gemacht haben.

Wir wissen, dass die Appendicitis eine chronische Krankheit ist, die häufig unbemerkt für den Träger derselben und seine Umgebung verläuft. Das gilt nicht nur für die leichten Fälle, die nach destruktiven Prozessen auf der Schleimhaut Stenosen und Stricturen aufweisen, sondern auch für die schweren Fälle mit Erkrankung der Serosa, die wir an Abknickungen und Verwachsungen des Wurmfortsatzes mit seiner Umgebung erkennen. Durch diese Folgen der entzündlichen Prozesse am Wurmfortsatz entstehen Störungen in seiner Passage und Blutzirkulation, die ihn weniger widerstandsfähig gegen neue Entzündungsprozesse machen und dann können geringe Gelegenheitsursachen, wie fortschreitende Katarrhe

Digitized by Google

vom Coecum aus, leichte Traumen, Infektionskrankheiten, die den geschädigten Wurmfortsatz als locus minoris resistentiae heimsuchen, sehr verhängnissvoll für das erkrankte Organ werden und es rasch zur Perforation und Gangrän bringen. Den Anfang der Erkrankung kennen wir nicht und somit sind wir auch nicht berechtigt, wie bisher, von der Anzahl der Anfälle zu sprechen, sondern müssen den beschriebenen Vorgang als Exacerbation eines schon bestehenden Prozesses auffassen.

Die Gefahr für den Kranken beginnt bekanntlich mit dem Uebergreifen der Entzündung auf das Peritoneum, das auf dem Wege der Lymphbahnen oder durch Continnitätsinfektion vom perforierten oder gangränösen Wurmfortsatz aus entstehen kann. Die Perforation ging nach der früheren Anschauung in der Weise vor sich, dass sich vorher von den benachbarten Darmschlingen oder dem Netz aus ein Entzündungswall bildet, der den erkrankten Wurmfortsatz von der Bauchhöhle abschliesst, so dass sein infektiöser Inhalt sich in einen abgeschlossenen Raum ergiesst. Durch Befunde bei den Frühoperationen überzeugen wir uns aber, dass am ersten oder zweiten Tage der akuten Erkrankung der perforierte oder gangränöse Wurmfortsatz frei in der Bauchhöhle zwischen Darmschlingen liegen kann, ohne irgendwelche Verwachsungen — ein Bild, das die ersten Male den Operateur überraschen muss. In der Bauchhöhle befindet sich dann ein mehr oder weniger reichliches seröses, sero-fibrinöses oder auch eitriges Exsudat. Das seröse Exsudat, das als Produkt der durch Toxine hervorgerufenen Peritonitis betrachtet und auch Frühexsudat genannt wird, ist von einzelnen Autoren steril befunden worden, andere haben darin Bakterien gefunden. Lennander macht darauf aufmerksam, dass die Bakterien sich besonders auf den Serosaflächen niederlassen, was er durch mikroskopische Untersuchung von abgeschabten Gewebsfetzen bewiesen hat, und daher ein negatives Untersuchungsresultat des Exsudats nicht beweisend sei. In jedem Fall wird die Beschaffenheit des Exsudats von dem jeweiligen Zustande des Wurmfortsatzes abhängen, — ein eiterhaltiger oder gangränöser Wurmfortsatz kann auch nachträglich das Exsudat infizieren.

Wie oft der Wurmfortsatz in die freie Bauchhöhle perforiert, wissen wir nicht; doch scheint es ein häufiges Vorkommnis zu sein — ein Umstand, der uns den ganzen Ernst der Situation vor Augen führt.

Zum Glück für unsere Kranken versucht das Peritoneum in vielen Fällen noch nachträglich sich gegen die Infektion zu schützen, indem an dem Orte des stärksten Reizes, in der Umgebung des infizierenden Wurmfortsatzes durch stärkere Fibrinausscheidung eine Abkapselung gegen die freie Bauchhöhle zu Stande kommt. Das seröse Exsudat wird dann resorbiert, das eitrige kann auch teilweise aufgesaugt werden und der Rest wird durch Peristaltik des Darmes in die seitlichen und abhängigen Teile der Bauchhöhle gebracht und dort durch Adhäsionsbildung für's erste unschädlich gemacht. So entsteht ein Teil der multiplen Abszesse, die eine recht typische Lokalisation haben und ohne chirurgischen Eingriff nicht zur Heilung kommen können.

Hat nun der Organismus die erste Infektion des Peritoneums überwunden, so droht ihm doch noch weiter die Gefahr nach Bildung des um den Wurmfortsatz sich lokalisierten Abszesses durch Wachsen desselben und durch Berstung, — was zur sekundären Peritonitis führen kann.

Allen diesen Eventualitäten stehen wir ziemlich ohnmächtig gegenüber und haben nicht einmal die Möglichkeit sie vorauszusagen oder wenn sie eingetreten sind, zu erkennen. Die Symptome, die immer wieder angeführt werden zur Erkenntnis der schweren Fälle der Appendicitis sind alle verwertbar, wenn sie da sind; doch fehlen sie häufig gerade bei den ungünstig verlaufenden Fällen. Die Curschmann'sche Leukocytenzählung, auf die man eine Zeitlang viel gehofft hat, hat sich nicht für die diffuse Peritonitis bewährt. Das Moszkowicz'sche Frühsymptom für die schweren Fälle von Perityphlitis — der Nachweis von freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle — muss wohl noch Nachprüfungen unterworfen werden. Zur Zeit können wir nur sagen, dass wir kein einziges Merkmal haben, das uns mit Sicherheit die Schwere des Falles charakterisiert. Diese Unsicherheit in der Beurteilung einer Krankheit, wo wir jeden Augenblick eine böse Wendung mit den deletärsten Folgen zu erwarten haben, drängt uns selbstverständlich zur radikalen Therapie.

Die Behandlung der Appendicitis, speziell die chirurgische, hat bekanntlich vielfache Schwankungen erfahren.

Während man in Amerika schon lange zur Ueberzeugung gekommen war, dass ein frühzeitiger chirurgischer Eingriff bei der Appendicitis indiziert ist und auch in Frankreich auf den Mahnruf des Internen Dieulafoy sich ein grosser Teil der Chirurgen zu Frühoperateuren bekannten, machte sich in Deutschland seit dem Chirurgenkongress von 1899 eine grosse Zurückhaltung unter den Chirurgen bemerkbar, doch schon 1901 war infolge der schlechten Erfahrungen bei dem exspektativen Verfahren eine Reaktion eingetreten und von da an sieht man mit jedem Jahr die Zahl der Chirurgen wachsen, die den Zeitpunkt der ersten 2 × 24 Stunden nach der akuten Erkrankung für den günstigsten zum operativen Eingriff halten, weil die Operation zu dieser Zeit leicht ausführbar und nicht gefährlicher ist, als im Intervall. Nur im intermediären Stadium, wo es sich um den circumscripten Abszess handelt, wollen noch viele Chirurgen sich nicht zur Operation entschliessen aus Furcht vor Infektion der freien Bauchhöhle.

Doch auch dagegen haben sich Stimmen erhoben, die die Unberechtigung dieser Furcht beweisen wollen, da das Peritoneum im entzündeten Zustande widerstandsfähiger sei, entweder infolge von Gewöhnung an die Infektionskeime oder, wie Riedel meint, durch die herabgesetzte Resorptionsfähigkeit. Den praktischen Beweis hierfür haben Riedel, Rehn und Sprengel geliefert, nachdem sie prinzipiell durch die freie Bauchhöhle an den Eiterherd herangingen und keine schlimmen Folgen davon gesehn haben. Jedenfalls wird jeder Chirurg, der Fälle erlebt hat, die beim Zuwarten scheinbar gut verliefen und dann durch plötzliche Verschlimmerung und trotz sofortiger Operation an diffuser Peritonitis zu Grunde gingen, zugestehn müssen, dass mehr Mut dazu gehört, seine Patienten ihrem Schicksal zu überlassen, als sie so rasch als möglich aus der gefährlichen Situation zu befreien.

Bei uns wird mit wenigen Ausnahmen unter den Chirurgen noch immer ein konservativer Standpunkt bei der Behandlung der Appendicitis beobachtet.

Das Verfahren, das D. in den letzten Jahren geübt hat, ist folgendes: Jeder Appendicitiskranker, ausgenommen die leichten Fälle, die keinen Grund zur Besorgnis geben, wird, einerlei in welchem Stadium der Erkrankung oder zu welcher Tages- oder Nachtzeit er eintrifft, gleich, spätestens einige Stunden nach der Aufnahme ins Hospital operiert. Diese Massregel ist bei einer Krankheit, in der das Schicksal des Patienten in Stunden entschieden sein kann, durchaus indiziert. Die Operation beginnt mit Bildung eines Hautlappens, dessen Spitze der Oberschenkelhaut unterhalb der Spina ant. sup. an der äusseren Hälfte der Vorderfläche des Oberschenkels entnommen wird und dessen Basis einen Querfingerbreit über das Lig. Poupartii reicht. Dieser Hautlappen hat den Zweck in den ersten Tagen nach der Operation die Verklebung der Tampons mit den Hauträndern und die dadurch hervorgerufene Sekretverhaltung zu vermeiden, was leicht eintrifft, wenn der Hautschnitt mit der Muskelwunde zusammenfällt. Die Muskulatur wird dicht über den Lig. Poupartii in möglichst geringer Ausdehnung durchtrennt, um der Hernienbildung vorzubeugen. Der Zugang zur Bauchhöhle gelingt später durch Erweiterung der Muskelwunde vermittelst Wundhaken gut. Das Peritoneum wird an der tiefsten Stelle, an der Umschlagsfalte von der vorderen Bauchwand zur hinteren durchschnitten. In den meisten Fällen entleert sich dabei schon Eiter, der vorsichtig durch Tupfer entfernt wird. Darauf wird nach Abtamponieren der Bauchhöhle der Wurmfortsatz aufgesucht und abgetragen, was niemals zu unterlassen ist, wenn man nicht riskieren will, Eiterherde zurückzulassen. Das kleine Becken und die rechte Lumbalgegend, die häufig Eiterdépôts darstellen, werden untersucht; bei multiplen Abszessen werden die begrenzenden Adhäsionen gelöst. Spülungen bei diffuser Peritonitis werden nicht vorgenommen. Drainage durch Tamponade und Lagerung des Patienten für die ersten Tage auf die rechte Seite. Zum Schluss der Operation erhält jeder Kranke noch in der Narkose eine subkutane Kochsalzinfusion von mindestens 1000 Gramm, weil bei den Appendicitiskranken nicht früh genug das gegen die Toxinämie bewährte Mittel angewandt werden kann, und eine Resorption der infundierten Flüssigkeit eher zu erwarten ist, wenn die Blutzirkulation noch nicht gestört ist. Im weiteren Verlauf werden noch häufige Eingiessungen von Kochsalzlösungen ins Rektum gemacht.

In dieser Weise wurden vom Januar 1903 bis Mai 1904 51 akute Fälle von Appendicitis und Peritonitis an 26 Kindern und 25 Erwachsenen operiert. Das Material beweist durch die Häufigkeit der Verbreitung des entzündlichen Prozesses auf das Peritoneum (in 51 Fällen 21 mal), dass den Kranken zu spät chirurgische Hülfe zu Teil wurde. So kamen nur 2 Patienten am zweiten Tage der Erkrankung zur Operation, in dem einen Fall handelte es sich um ein Rezidiv nach mehrfachen Erkrankungen, das sich als Appendizitis simpl. mit serösem Exsudat erwies und im zweiten Fall um eine eitrige, jauchige Peritonitis mit einem in der Bauchhöhle frei liegenden gangränösen Wurmfortsatz. Beide Fälle wurden 30 Stunden nach der Erkrankung operiert und genasen. 12 Fälle wurden am dritten Tage der Erkrankung operiert, die übrigen waren von 4 Tagen bis zu 2 Wochen krank, bevor sie in's Hospital kamen.

Nach den Krankheitserscheinungen verteilen sich die Fälle, wie folgt: Appendicitis simpl. 5 Fälle mit 5 Heilungen,

Digitized by Google

Empyema proc. verm.: I Fall mit 1 Heilung, Appendicitis perforativa oder gangränosa: 24 Fälle mit 23 Heilungen und 1 Todesfall durch Scharlach, der 3 Tage nach der Operation ausbrach, fibrinös-eitrige Peritonitis oder multiple Abszesse: 11 Fälle mit 5 Heilungen und 6 Todesfällen und diffuse eitrige Peritonitis: 10 Fälle mit 5 Heilungen und 5 Todesfällen.

Im genannten Zeitraum wurden noch 14 Kranke im Intervall operiert und alle genasen.

(Autoreferat).

Diskussion:

Fick: Auf ein auch von D. schon erwähntes Moment, nämlich das Auftreten eines serösen Exsudates im Beginne des Anfalles, möchte ich etwas näher eingehen. Ich selbst habe verhältnissmässig selten Gelegenheit gehabt so früh zu operieren, erinnere mich aber einiger Fälle von Frühoperationen aus den 90 Jahren, in welchen eine trübe seröse Flüssigkeit in grösserer Menge gefunden wurde. Den Nachweis eines solchen Exsudates zur Diagnose resp. zur Bestimmung des Zeitpunktes zum operativen Eingriffe verwerten zu wollen, dürfte seine Schwierigkeiten haben. Mir sind mehrere Fälle erinnerlich, in welchen eine Flankendämpfung konstatiert werden konnte, bei der Operation sich aber keine Flüssigkeit nachweisen liess. Die Dämpfung kann durch Füllung des Darmes bedingt sein und da eine Umlagerung des Pat. in so schwerem Zustande doch meist wird vermieden werden müssen, wird sich auch nicht feststellen lassen, ob man es mit beweglicher Flüssigkeit oder mit überfülltem Darm zu tun hat. Ich für meine Person halte diesen Nachweis nicht für so wichtig, drängen doch alle Erfahrungen darauf hin, früh zu operieren. Desgleichen möchte ich den Wert der Sammelstatistiken nicht zu hoch anschlagen. Operateure welche nicht früh operieren, werden wohl immer den besseren Mortalitätsprozentsatz haben — die besten Resultate diejenigen, welche im Intervall operieren. Die hohe Mortalitätsziffer bei Frühoperationen spricht meiner Meinung nach durchaus nicht gegen die Operation, denn in solchen Statistiken werden eben alle Appendicitisfälle mitgerechnet. — Was die Schnittführung anbetrifft, so glaube ich wohl, dass die von D. geübte für Fälle mit Exsudatbildung günstige Bedingungen schafft; für die anderen Fälle namentlich die Intervalloperationen, dürften sich jedoch höher angelegte Schnitte mehr eignen.

Tiling: Ich habe im Verlauf meiner chirurgischen Tätigkeit verschiedene Phasen der Appendicitisbehandlung durchgemacht. Vor Jahren bestand eine Zeitlang eine grosse Neigung möglichst operativ vorzugehen, das beruhigte sich allmählich, jetzt scheint mir eine zweite wellenartige Bewegung im Anzuge zu sein. Ich nehme noch immer den Standpunkt ein, möglichst im Intervall zu operieren und bin der Meinung, dass nicht jede Appendicitis operiert zu werden braucht. Die Appendicitiden können eben sehr verschiedenartig sein, ebenso wie z. B. die Osteomyelitiden, welche wir doch auch nicht alle ohne weiteres operativ angreifen. Eine jede Appendicitis, welche sich diagnostizieren lässt, auch gleich operieren zu wollen, scheint mir, wenn ich mich so ausdrücken darf, eine Uebertreibung zu sein. So manche Appendicitis stellt nur ein kleines Leiden dar; auch ist noch abzuwarten, welche pathologischen Befunde uns die operierten leichten Fälle bringen werden. Und dann die Statistik! Eine chirurgische Statistik allein will noch nicht viel sagen; ausschlaggebend kann doch nur die Statistik des Chirurgen und des Therapeuten sein. In diesem Sinne halte ich die Schweizer Statistik (Sahli) für die beweisendste, denn dieselbe ist vom Landarzte zusammengestellt, welcher alle Fälle zu behandeln hat. Hält man sich, wie ich es getan habe, an die Rotter'sche Statistik, so kann man zuweilen Ueberraschungen erleben. So operierte ich z. B. einen jungen Mann, welcher sich eigentlich ganz wohl fühlte, mehr auf Wunsch der Angehörigen und dieser Pat. ging mir septisch zu Grunde. Einzelne Fälle dürfen aber nicht beweisend sein, denn fast bei allen Krankheitsfällen ist unsere Diagnosenstellung noch recht mangelhaft. Berücksichtigt man ferner, dass selbst die Probelaparotomie noch immer eine gewisse Mortalität aufweist, so wird man auch die Operation einer einfachen Appendicitis nicht als ganz unschuldigen Eingriff hinstellen können. Noch auf ein anderes Moment möchte ich zu sprechen kommen: Wie häufig recidiviert eine Appendicitis? Das können wir für den einzelnen Fall nie genau wissen.

Anfänglich glaubte man, dass fast alle Appendicitiden recidivieren. Wenn wir jetzt hören, dass nur 16—20—27 pCt. recidivieren, so kann man nur sagen, dass das sehr wenig ist. Es ist also nur der 5. Teil überhaupt der Gefahr eines Rückfalles ausgesetzt. Aus allen diesen Gründen kann ich den mehr konservativen Standpunkt nicht aufgeben. Operiert man im Intervall, so ist man häufig überrascht, wie erschreckend gesund der Appendix aussieht. Zu bedenken ist auch, dass eine Involution des Appendix ein physiologischer Vorgang besonders im höheren Alter ist. Es ist daher auch noch die Frage, ob etwaige bei der Operation gefundene Obliterationen Folgen der Involution oder der Entzündung sind. Die Appendicitis der Kinder soll ja, wie allgemein behauptet wird, böser sein, möglich, dass es damit zusammenhängt, dass der Appendix der Kinder anders geformt ist als derjenige der Erwachsenen.

Kernig: Ich habe im Laufe meiner langjährigen Tätigkeit eine grosse Anzahl Appendicitiden verlaufen sehen und kann mich nur ganz den Ausführungen Tiling's anschliessen. In den 80 Jahren ging auch bei uns im Obuchow-Hospital die absolute Indikation zum operativen Vorgehen stark in die Höhe. Jetzt sind wir von dieser Indikationsstellung sehr zurückgekommen. Ich persönlich habe eine solche Indikationsstellung immer als eine Art Uebertreibung angesehen. Die Chirurgen kannten damals eben die «benignen» Formen der Appendicitis noch garnicht; sie wussten nicht, dass solche Formen auch zurückgehen können, allerdings nur unter sehr strengen Bedingungen, unter welchen absolute Ruhe eine der wesentlichsten ist. Wenn, wie in dem einen von D. referierten Falle in der gröbsten Weise dagegen verstossen wird, kann man sich auch nicht wundern, dass eine Operation unausbleiblich wird. Hat man aber solche Formen der Appendicitis oder Perityphlitis vielfach beobachtet und anstandslos heilen sehen, so kann man auch dem Grundsatze, jede Perityphlitis sofort operieren zu wollen, nicht beistimmen. Es kommt, glaube ich, schliesslich doch nur auf einen Wortstreit heraus, was wir Frühoperation nennen. Von D. wurden fast ausschliesslich schwere Fälle angeführt; in solchen wird auch jeder Therapeut für einen operativen Eingriff sein. Die leichten Fälle mit früher Tumorbildung gehen auch ohne Operation zurück. Rostowzew, der seine Erfahrungen im Obuchow-Frauen-Hospital gemacht hat, führt in einem Werk über Perityphlitis sehr charakteristisch an, dass derartige Fälle aus der therapeutischen in die chirurgische Abteilung übergeführt, daselbst auch ohne Operation gut verliefen. Die Bezeichnung Frühoperation darf nicht so aufgefasst werden, dass jede Perityphlitis überhaupt operiert werden muss. Bei einiger Erfahrung kann man nach 1—2 Tagen wohl kaum im Zweifel sein, ob man es mit einem schweren oder leichten Fall zu tun hat. Bei uns hat sich durch langjährige Erfahrung folgendes Regime gebildet. Geht trotz absoluter Ruhe, Applikation von Eis und Darreichung mässiger Gaben Opium (0,015 4 mal täglich, eventuell mehr) in den ersten 4—5 Tagen der Prozess nicht zurück, oder tritt nach Besserung in den ersten Tagen Temperaturerhöhung auf's neue auf, so wird operativ eingegriffen. Wir sind also auch für einen operativen Eingriff, halten aber den Ausdruck Frühoperation nicht für identisch mit Operation einer jeden Perityphlitis überhaupt. Wie viele Fälle giebt es, welche überhaupt nicht rezidivieren und wie viele, in welchen, selbst nach vielen Anfällen, der Prozess doch endlich zum Stillstande kommt. Ich glaube daher, dass wir richtiger vorgehen, wenn wir jeden einzelnen Fall für sich beurteilen und individualisierend vorgehen.

Fremmert: Ich möchte nur einen Ausspruch von Lanz anführen, welcher auch für die Operation im 1. Anfalle ist und sich dahin äussert, dass wenn es sich um sein eigenes Kind handeln würde, er es doch lieber operiert als therapeutisch behandelt wissen wolle, denn bei letzterer Behandlungsweise werde doch immer etwas zurückgelassen, was schliesslich zu einem tötlichen Ausgang führen könne. Rezidive sind öfter sehr spät, nach 10—15, ja selbst nach 25 Jahren, beobachtet worden.

Dombrowski: Lanz hat sehr viel auf dem Gebiete der Appendicitisbehandlung gearbeitet und ist daher sein Standpunkt wohl zu berücksichtigen.

Einem Appendix kann man es oft, auch bei der Operation von aussen nicht ansehen, dass er krank ist. Man hat sich sogar zu Aussprüchen fortreissen lassen, wie z. B., dass der keusche Appendix den Chirurgen angrinse. Nicht einmal der aufgeschnittene Appendix kann uns oft den Beweis liefern, ob er krank ist oder nicht, sondern nur die mikroskopische Untersuchung. Ein grosses Verdienst Lanz's ist es, uns das gezeigt zu haben. Wenn Tiling ausführte, dass Rezidive selten sind, so ist dagegen hervorzuheben, dass viele Pat. garnicht zu wissen brauchen und in der Tat auch oft nicht wissen, dass schon Anfälle vorausgegangen sind. Wenn wir also die Häufigkeit der Recidive nur nach dem Krankenexamen bestimmen wollten, dürfte das eine falsche Berechnung ergeben. Solche nicht diagnostizierte Anfälle können aber Residuen hinterlassen, welche einen schweren Anfall unausbleiblich machen. Tiling hat ferner hervorgehoben, dass der Wurmfortsatz physiologischer Weise obliteriere und die Gefahr der Appendicitis mit dem Alter abnehme. Diese Ansicht wird in letzter Zeit sehr angezweifelt. Lanz, Faber u. A. haben den Beweis geliefert, dass die Obliteration des Appendix kein Involutionsvorgang ist, sondern auf entzünd-

Digitized by Google

lichen Veränderungen beruht. Diese Untersuchungen sind um so wertvoller, als sie am lebenden und nicht an totem Material gemacht sind, an welchen die aktiven Veränderungen schon verschwunden sein können. Nehmen wir aber an, dass die Veränderungen am Appendix kein physiologischer, sondern ein pathologischer Vorgang sind, so geht aus dem von Tiling Angeführten hervor, wie häufig eigentlich die Erkrankung vorkommt — über die Hälfte aller Menschen hat einmal irgend etwas am Appendix gehabt. Die 2 pCt. Mortalität, welche Riedel aufzuweisen hat, verdankt er nur dem Umstande, dass er von Hause aus konsequent geblieben ist und alle Fälle operiert hat; nur leichte Fälle können es doch nicht alle gewesen sein? Mit der Operation im Intervall kann die Frühoperation nicht verglichen werden. Wenn die Frühoperation häufiger ausgeführt werden wird, ist anzunehmen, dass, infolge der Zunahme an leichten Fällen, welche dann auch operiert werden würden, die Mortalität nicht schlechter sein wird als bei der Operation im Intervall und dass man dann logischer Weise sich an die Frühoperation halten wird. Einige Autoren stehen übrigens auf dem Standpunkt, dass sie prinzipiell im Intervall nach dem ersten Anfall operativ vorgehen.

Fick: Die Indikationsstellung zur Operation, wie sie von Kernig angeführt worden, war früher auch im Alexander-Hospital üblich; uns sind daher auch solche Fälle bekannt. Niemals können wir wissen, welcher Fall gut und welcher böse verlaufen wird. Wir haben daher den konservativen Standpunkt verlassen und nehmen denjenigen ein, nach welchem jede Appendicitis, welche in den ersten 48 Stunden nicht deutliche Begrenzung zeigt und fieberfrei wird, operativ zu behandeln ist.

Dombrowski: Den konservativen Standpunkt hat Sprengel geändert und ist jetzt ein eifriger Frühoperateur. Wie er, so sind auch noch viele namhafte Chirurgen von ihrer früheren Ansicht bekehrt; das spricht wohl die deutlichste Sprache dafür, dass die Fälle von Appendicitis den Chirurgen nicht vorenthalten werden sollten.

Kernig: Mich kann dieser Vorwurf nicht treffen, denn ich bin wohl immer der letzte, welcher einen Chirurgen nicht frühzeitig zu Rathe zieht. Die von mir geschilderten Erfahrungen haben zum Teil die Chirurgen selbst gemacht.

Westphalen: Operationen im Intervall sind auch nicht immer ungefährlich. Noch neulich hörte ich von einem im Intervall operierten Pat., welcher zu Grunde ging. Die Operation im Intervall befreit ausserdem nicht immer den Pat. von seinem Leiden; der Appendix wird wohl reseziert, es können aber vom restierenden Stumpf weitere Anfälle ausgelöst werden. Zuweilen sind es auch nach der Operation sich bildende Adhaesionen, welche Beschwerden verursachen. In dieser Beziehung sind auch die Frühoperationen nicht einwandsfrei. Ich bin der Meinung, dass wir uns von der Intensität und Schwere der Appendicitis bei unserem therapeutischen Eingriffen leiten lassen müssen und nicht die Wirkungslosigkeit der inneren Therapie zu sehr betonen dürfen. In vielen Fällen wird auch der Therapeut gute Erfolge erzielen können, denn wir können doch den Appendix nur als einen Teil des Darmes ansehen, mithin auch die Appendicitis nur als eine Theilerscheinung eines Darmleidens, welch letztere wol bei richtiger Behandlung auch die Appendicitis zu beeinflussen im Stande sein dürfte.

Tiling: In Details einzugehen, würde zu weit führen. Im allgemeinen halte ich nach 2—3 Anfällen den Zeitpunkt für die Operation gekommen. Prinzipiell nur nach dem ersten Anfall zu operieren, hat keine Raison. Die Statistik bleibt meiner Meinung nach doch der objektivste Maassstab für die Indikationsstellung. Das ganze von D. ausgeführte Kalkül stützt sich ja auch auf die Statistik und die pathologische Anatomie; letztere sagt uns aber vor der Operation gar nichts. Auch die von D. angeführte Anschauung, dass die Obliteration das Produkt einer Entzündung sei, spricht eher für, als gegen meine Ansicht. Denn wenn die Entzündung eine Obliteration bewirken kann, so müssen wir um so weniger rasch bei der Hand sein und diesem Vorgang durch die Operation vorbeugen wollen.

Dombrowski: Die entzündlichen Prozesse führen eben nicht zu einer vollständigen, sondern nur zu einer partiellen Obliteration, welche grosse Gefahren involvieren kann. Nach der Schwere des Falles allein sich richten zu wollen, ist auch nicht ganz einwandsfrei, denn wir wissen, dass Fälle mit schweren pathologischen Veränderungen anfänglich oft nur geringe Beschwerden verursachen und umgekehrt.

Kernig: Auf besondere Sorgfalt bei therapeutischer Behandlung möchte ich nochmals hinweisen. Absolute Ruhe, selbst wochenlang (3—4 Wochen), Eis; anfänglich Opium in mässigen Dosen. Flüssige Diät, absolut keine Abführmittel, absolut keine Klysmen, denn der Stuhl erfolgt stets von selbst auch ohne solche Mittel, wenn auch erst nach einer Woche und selbst nach 2 Wochen ohne Unbequemlichkeit für den Pat.

Nach meinen Erfahrungen kann ich nicht zugeben, dass die Appendicitis nicht in das Gebiet auch der Therapeuten gehört.

Dombrowski: Ich habe bei uns im Hospital die Einrichtung getroffen, dass alle derartigen Fälle sofort in die chirurgische Abteilung gelegt werden und bin der Meinung, dass dem Chirurgen in dieser Beziehung auch vertraut werden muss.

Kernig: Gewiss! doch müsste die Beurteilung der einzelnen Fälle eine gemeinsame sein.

Direktor: Kernig.
Sekretär: Dobbert.

Vermischtes.

— Der Konsultant für Chirurgie beim St. Petersburger Militärhospital und ältere Arzt der 18. Flottenequipage, Ehrenleibchirurg wirkl. Staatsrat Dr. Murinow, ist zum Leibchirurgen des Hofes S. Kaiserlichen Majestät ernannt worden, unter Belassung in den von ihm bekleideten Aemtern.

— Die Berliner medizinische Gesellschaft hat in ihrer diesjährigen Generalversammlung am 5./18. Januar zu ihrem ersten Vorsitzenden Prof. Dr. v. Bergmann mit 243 von 250 Stimmen gewählt. Der übrige Vorstand wurde durch Akklammation wiedergewählt. Die Gesellschaft zählt zurzeit 1431 Mitglieder.

— Der Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der militär-medizinischen Akademie und Direktor der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik der Akademie, wirkl. Staatsrat Dr. G. Rein, ist nach Ausdienung von 30 Jahren im Unterrichtsressort auf weitere 5 Jahre, d. i. bis zum 2. Januar 1910, in diesen Stellungen belassen worden.

— Der Professor der Syphilidologie und Dermatologie an der Moskauer Universität, wirkl. Staatsrat Dr. A. Pospelow, welcher ebenfalls 30 Jahre ausgedient hat, ist von der medizinischen Fakultät auf weitere 5 Jahre gewählt worden.

— Am 30. November a. pr. beging der frühere Leiter des jüdischen Krankenhauses in Luzk (Wolhynien) Dr. Ludwig Jahr das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit. Das Kuratorium des genannten Krankenhauses hat beschlossen, das Porträt des Jubilars im Krankenhause aufzuhängen.

(R. Wr.).

— Auf den vakanten Lehrstuhl für Diagnostik mit propädeutischer Klinik an der Kiewer Universität ist der bisherige Professor der Therapie an der Odessaer Universität Dr. P. Janowski gewählt worden. Er wird im Frühjahre diesem Rufe Folge leisten.

— Der bekannte Breslauer Chirurg Prof. Dr. v. Mikulicz hat sich in Wien einer Operation (kompliziertes Bruchleiden) unterzogen, die von Prof. v. Eiselsberg ausgeführt wurde und, soweit es sich bis jetzt urteilen lässt, auch gelungen sein dürfte.

— Zwei wohl ganz einzig dastehende Jubiläen, nämlich seinen 100. Geburtstag und das 50-jährige Jubiläum als Ehrendoktor einer medizinischen Fakultät, kann in diesem Jahre der am 17. März 1805 geborene Gesangschriftsteller und Gesanglehrer Manuel Garcia in London feiern, welcher sich 1855 durch die Entdeckung des Kehlkopfspiegels einen Platz in der Geschichte der medizinischen Wissenschaft sicherte und dafür von der Königsberger Universität zum Doctor medicinae honoris causa ernannt wurde.

— Da die Residenz-Medizinalverwaltung von Moskau dem Ressort der neukreierten Moskauer Stadthauptmannschaft angegliedert wurde, so hat das Moskauer Gouvernement eine selbständige Medizinalverwaltung erhalten, an deren Spitze als Gouvernements-Medizinalinspektor Dr. Peter Sarin gestellt ist.

Digitized by Google

— Dem Leibmedikus des Allerhöchsten Hofes und Arzt bei S. Kais. Hoheit dem Grossfürsten Michael Nikolajewitsch, wirkl. Staatsrat Dr. Sauder, ist das Komturkreuz I. Klasse des Badischen Ordens vom Zähringer Löwen verliehen worden.

— Zum Oberarzt des Charkowschen Militärhospitals ist der bisherige ältere Arzt des Krementschugschen örtlichen Lazaretts, Staatsrat Dr. Uljanowski, ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 6./19. Dezember fern von der Heimat, in Manawa in Wisconsin (Vereinigte Staaten), unser Landsmann Dr. Bruno Jürgensohn an Herzparalyse im Alter von 50 Jahren. Aus Livland gebürtig, bezog der nunmehr Hingeschiedene 1877 die heimatliche Universität Dorpat, an welcher er bis 1883 Medizin studierte und der Korporation «Livonia» angehörte. Ein herbes Geschick trennte ihn vom Heimatlande, als er im Jahre 1884 genötigt war, nach New-York auszuwandern, wo er sich zunächst in der Privatklinik des Dr. Fabricius als Assistenzarzt beschäftigte und dann an der medizinischen Schule in Chicago weiter ausbildete. Nach Erlangung des wissenschaftlichen Grades daselbst begann er seine ärztliche Tätigkeit in Pittsville (Wisconsin), vermählte sich mit einer Kanadierin und liess sich dann dauernd in Manawa nieder, wo er als beliebter und von den Kranken wie von den Kollegen hochgeschätzter Arzt und Mensch 15 Jahre gewirkt hat. 2) In der Kolonie Friedenfeld (i. Gouv. Jekaterinoslaw) Dr. Alexander Petersenn im 37. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte ebenfalls aus Livland und hatte seine medizinische Ausbildung ebenfalls in Dorpat erhalten, wo er von 1888-93 studierte. Nach Erlangung der Venia practicandi war P. Arzt in Riga, dann in Simferopol und zuletzt in einer Kolonie des Gouvernements Jekaterinoslaw. 3) In Irkutsk der Bezirksarzt von Sotschi (Schwarzmeergebiet) Dr. Joh. Smirnow, welcher mit einer Sanitätsabteilung dort eingetroffen war. Der Verstorbene, welcher seit 1872 die ärztliche Tätigkeit ausgeübt hat, ist 55 Jahre alt geworden. 4) Im Kirchdorfe Petrowskoje (Gouv. Moskau) die Aerztin Alexandra Archangelski, im 63. Lebensjahre an der Lungenentzündung. Die Verstorbene hat fast 23 Jahre im Dienst der Moskauer Landschaft gestanden. 5) Der ältere Arzt des I. Wladikawkasschen Inf.-Regiments Dr. Joseph Jewplow im 48. Lebensjahre nach mehr als 20-jähriger praktischer Tätigkeit. 6) Am 1./14. Januar in Jena der berühmte Förderer der instrumentellen Optik, Prof. Dr. med. et phil. Ernst Abbe, im Alter von 64 Jahren. Abbe konstruierte eine Reihe optischer Instrumente, unter denen das Refraktometer, das neuerdings in der medizinischen Chemie vielfach verwandt wird, hervorzuheben ist. Durch seine langjährige Tätigkeit als Teilhaber und geistiger Leiter der Zeiss'schen Werkstätte (in Jena) wurde die Konstruktion des Mikroskops zu einer früher nicht gekannten Vollendung gebracht und die Zeiss'sche Werkstätte, die nach dem Tode ihres Begründers von Prof. Abbe in die «Karl-Zeiss-Stiftung» umgewandelt wurde, zu einer Weltfirma erhoben. Abbes Name wird daher in der Geschichte der Medizin nicht minder fortleben, wie er in der Geschichte der exakten Wissenschaften einen Ehrenplatz einnimmt.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner sind nachstehende Orden Allergnädigst verliehen worden: Der St. Wladimir-Orden III. Klasse mit Schwertern — dem d. z. Korpschirurgen des 3. Sibirischen Armeekorps, ält. Ordinator des St. Petersb. Nikolai Militärhospitals, Staatsrat Dr. Viktor Hübbenet und der St. Wladimir-Orden IV. Klasse mit Schwertern — dem ält. Arzt des 5. ostsibirischen Schützenregiments, Dr. Th. Troizki.

— In Reval hatten sich in den letzten Tagen des Dezembers die zur estländischen ärztlichen Reserve gehörenden Dr. A. Haller aus Reval, Dr A. Normann aus Dago und Dr. Ackermann aus Haggers in Anlass ihrer Einberufung der Kreiswehrpflichtbehörde vorzustellen, von welcher der Erstgenannte von der Wehrpflicht befreit wurde, die beiden anderen aber der Reserve der mandschurischen Armee zur Verfügung gestellt wurden.

— Wie der zum aktiven Dienst einberufene Wesenbergsche Kreisarzt Dr. Schröppe, dem «Wesenb. Anz.» zufolge, brieflich mitgeteilt hat, ist er wohlbehalten in Irkutsk eingetroffen, wo kein Mangel an Aerzten herrschen soll und daher noch keine Dispositionen über seine Abkommandierung auf den Kriegsschauplatz getroffen sind. Gegenwärtig sollen in Irkutsk mehr als 500 Aerzte versammelt sein.

— Aus dem Privatbriefe eines Militärarztes im Fernen Osten reproduziert die Zeitung «Naschi Dni» nachstehende interessante Mitteilungen: Die Anzahl der Medikamente, welche in Kriegszeiten in Hospitälern zur Verwendung gelangen dürfen, ist auf 99 festgesetzt. Es fehlt an den notwendigsten Mitteln, so z. B. an Opiumtropfen, Salbe gegen Geschwüre, Krätzsalbe und Ingredienzen, um sie herzustellen, an Kreosot, an Mitteln zur Pillenbereitung u. s. f. Jetzt ist man zum Schluss gekommen, dass es der Medikamente noch zu viele seien, und hat ihre Anzahl um einige Dutzend verringert. Im Laufe des Sommers mangelte es an Rizinusöl — man war mit seiner Zubereitung nicht fertig geworden... Wir besitzen eine sogenannte Zentralfeldapotheke, aus welcher die Hospitalapotheken nach Massgabe ihres Verbrauches versorgt werden. Im Laufe des Sommers aber konnten sämtliche Hospitäler in Charbin kein Rizinusöl aufweisen, obgleich sie inständigst baten, sie mit diesem für jedes Hospital unumgänglichen Mittel zu versorgen. Hatte ein Hospital um 1 Pud davon gebeten, so wurde ihm ein Pfund zugestellt. Woher das kommt? Einfach auf folgende Weise: Die Feldapotheke telegraphierte an die Fabrik für militär-medizinische Zubereitungen in Petersburg um Uebersendung von 2000 Pfund Rizinusöl und erhielt nach geraumer Zeit die telegraphische Anfrage, wodurch dieses Verlangen hervorgerufen werde. Die Frage erscheint ziemlich sonderbar, doch blieb nichts übrig, als von hier aus einen umständlichen Bericht abgehen zu lassen. Ueber dem Schriftwechsel vergingen 3—4 Monate, bis endlich statt der 2000 Pfund 100 Pfund eintrafen, nachdem der Sommer zum Teil schon verstrichen war. Am Notwendigsten mangelt es, während andere Sachen in Mengen vertreten sind, die ihren Verbrauch um das zehnfache übersteigen. Während z. B. viel zu wenig Marlybinden vorhanden sind, sind Gypsbinden in unzähliger Menge da und liegen in allen Ecken umher....

— Wir machen darauf aufmerksam, dass die Waisen von Aerzten, welche auf dem Kriegsschauplatz verstorben sind, in dem zum Andenken an Dr. Schilling gestifteten Asyl in Oserki (bei Petersburg) Aufnahme finden können.

— Epidemiologisches. Cholera: Vom 3.—10. Januar sind im Russischen Reiche nur 6 Choleraerkrankungen konstatiert worden, und zwar 5 Fälle in Zarizyn und 1 Fall im Gouv. Eriwan. Die Pest im Uralgebiet kann als erloschen angesehen werden, da seit dem 26. Dezember a. pr. in der Bukejewschen Horde und seit dem 3. Januar d. J. auch im Gurjewschen Kreise keine Erkrankung mehr vorgekommen ist.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. Dez. d. J. 8884 (564 wen. als in d. Vorw.), darunter 478 Typhus — (28 mehr), 802 Syphilis — (80 wen.), 280 Scharlach — (31 wen.), 82 Diphtherie — (28 wen.), 43 Masern — (8 wen.) und 22 Pockenkranke — (8 mehr als in der Vorw.).

Am 1. Jan. d. J. betrug die Zahl der Kranken 9306 (422 mehr als in der Vorwoche.), darunter 542 Typhus — (64 mehr), 830 Syphilis — (28 mehr), 270 Scharlach — (10 wen.), 100 Diphtherie — (18 mehr), 45 Masern — (2 mehr) und 19 Pockenkranke (3 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. bis zum 25. Dezember 1904.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
483	410	895	222	90	149	15	12	22	57	66	72	77	51	44	14	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 17, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 15, Scharlach 25, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 5, Grippe 18, Katarrhalische Lungenentzündung 117, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0,

Digitized by Google

Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 86, Tuberkulose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 71, Marasmus senilis 31, Krankheiten des Verdauungskanals 107, Totgeborene 37.

Für die Woche vom 26. Dez. 1904 bis 1. Januar 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
516	431	947	231	121	142	17	8	27	69	66	78	69	51	43	16	9

2) nach den Todesursachen.

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 24, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 12, Scharlach 21, Diphtherie 10, Croup 0, Keuchhusten 12, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 5, Grippe 21, Katarrhalische Lungenentzündung 153, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 105, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 18, Lebensschwäche und Atrophia infantum 61, Marasmus senilis 40, Krankheiten der Verdauungsorgane 121, Totgeborene 53.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 25. Jan. 1905.

Tagesordnung: Schmitz: Präsidialvortrag. — Jahresberichte der Sekretäre etc. — Wahlen. — — Nochmalige Beratung betr. Unterstützung durch den Krieg geschädigter Aerzte.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 31. Jan. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Pastilli Thiocoli „Roche“

verlässlichste, bequemste und billigste Verabreichungsform des Thiocols.

Sulfosot-syrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Thigenol „Roche“

Synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organ. gebundenem Schwefel.

Braune, dicksyrupöse, *geschmacklose, im Gebrauch geruchlose* ungiftige Flüssigkeit. Leicht resorbierbar, wirkt nicht reizend, sondern milde, juckreiz- und schmerzlindernd, lässt sich leicht mit Wasser abwaschen und fleckt nicht die Wäsche.

Als Schwefelpräparat und als vorzüglicher Ersatz für Ichthyol angezeigt bei:

Ekzem, rein oder 20% Salbe (sofortige Abnahme des Juckens, des Nässens und der Infiltration); *Pruritus* und *Urticaria* (sofortige juckstillende Wirkung); parasitäre Darmatosen wie: *Scabies* (Einreibung mit grüner Seife, nach 1 Stunde Bad, vollständige Einreibung mit Thigenolum purum, abends 2. Thigenoleinreibung. In 2 Tagen Heilung); *Favus* etc.; *Akne;* gynäkologischen Affektionen wie: *Endo-, Para-* und *Perimetritis, Beckenexsudate,* als 10—20% Thigenolvaginaltampons oder Suppositorien à 0,30; *Rheumatismus* (Einreibungen mit Thigenol, Chloroform ac. 10,0, Spir. champhor 40,0); *Erysipel* (pur oder 10% Salbe); *Fissura ani, Haemorrhoiden* etc.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Cie., Fabrik chem.-pharm. Produkte

Basel (Schweiz) ✻ *Grenzach* (Baden).

(13) 11—4.

Sirolin „Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Airol „Roche“

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate.

Digitized by Google

Xeroform

Bester Jodoformersatz. Im Gebrauch geruchlos, keimfrei, ungiftig selbst bei innerlicher Darreichung grosser Dosen als Darmantiseptikum. Schmerz- und blutstillend, nicht reizend, kein Ekzem erzeugend. Kräftiges Desodorans, eminent austrocknend und epithelbildend. **Spezifikum bei ulcus cruris, intertrigo, nässenden Ekzemen, Verbrennungen.** Sparsamer Verbrauch, daher billig in der Anwendung.

Bruns'sche Xeroform-Paste.

Creosotal

Creosotal „Heyden" ist nicht nur bewährtestes **Antiphthisikum,** sondern auch **Spezifikum,** bei nicht tuberkulösen Infektionskrankheiten der Luftwege. **Rapide Heilung von Pneumonie** (auch Broncho-, Masern-, Influenza-, Diphtherie-Pneumonie) durch grosse Dosen Creosotal: 10 bis 15 g pro die in 4 Portionen, bei Kindern Tagesdosis 1 bis 6 g.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik v. Heyden, Radebeul-Dresden

oder deren Vertreter: (20) 11—2.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp. 8, St. Petersburg.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(3) 17—15.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:

Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:

Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:

Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:

Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (1) 26—21.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats **Dr. Koeniger.**

EISENACH

KURANSTALT HAINSTEIN

NAHE DER WARTBURG

DAS GANZE JAHR GEÖFFNET

LEITENDER ARZT DR. HESS.

BERLINER DOCENTENVEREIN FÜR ÆRZTLICHE FERIENKURSE.

Der nächste Cyklus des Berliner Docentenvereins für ärztliche Ferienkurse beginnt am **16. Februar (1. März)** und dauert bis zum **15. März (28. März) 1905.**

Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und Auskunft erteilt Herr Melzer (Berlin), Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

(27) 2—1. Prof. Dr. **J. Hirschberg,** Geh. Med.-Rat, Vorsitzender.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймоновской ул. д. 4, кв. 11.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Dieser № liegt ein Prospect über «Ueber Tropacocain. E. Merck» bei.

Дозв. ценз. Спб., 18 Января 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY
UNIV. OF MICH.
MAR 30 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

☛ **Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate** ☚ bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14. zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 3 St. Petersburg, den 22. Januar (4. Februar). **1905.**

Inhalt: Dr. med. H. Idelsohn: Ueber schmerzende Füsse. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Prof. Dr. J. Schwalbe: Jahrbuch der praktischen Medizin. — J. de Blécourt und G. Nijhoff: Fünflingsgeburten. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber schmerzende Füsse.

(Vortrag, gehalten auf dem XVI. livländischen Aerztetage im August 1904.)

Von

Dr. med. H. Idelsohn — Riga.

Meine Herren!

Wenn ich mir erlaube, hier vor Ihnen ein Thema zu behandeln, welches eine Reihe ganz differenter Krankheitszustände unter dem Gesichtspunkte des Schmerzes zu vereinigen sucht, so verfolge ich damit in erster Linie ein rein praktisches Ziel. Die Klagen über Schmerzen in den Füssen sind so häufig und erscheinen oft so wenig motiviert, dass man nicht selten in Verlegenheit gerät, wie man den Zustand beurteilen, besonders aber, wie man dem Kranken helfen soll. Die grosse Anzahl von Patienten, welche mit der Diagnose «Rheumatismus der Füsse» alljährlich nach Kemmern kommen und wegen Mangels an strikten Indikationen die dortigen Heilfaktoren ohne Erfolg auf sich wirken lassen, scheint mir gerade für die Unsicherheit auf diagnostischem Gebiet beredtes Zeugnis abzulegen. Nicht gering ist auch die Anzahl derjenigen Kranken, die bei der Natur ihres Leidens sich die umständliche und kostspielige Badereise hätten sparen können, da ein tieferes Eingehn auf die Ursache der Schmerzen andere Indikationen ergeben hätte. Freilich kommt ein grosser Teil der Kranken auf Grund von selbst gestellten Diagnosen hin: die Beobachtungen, dass die Schmerzen ihren Sitz wechseln und in Abhängigkeit von Witterungseinflüssen stehen — werden als ausschlaggebende Momente für die Diagnose Rheumatismus verwertet; kritischer veranlagte Patienten legen noch dem Arzt die Frage zur Entscheidung vor, ob es sich um «Muskel- oder Nervenrheumatismus» handle, während sie über die Therapie und den Verlauf angeblich hinreichend orientiert sind. Dieses zuversichtliche Pilgern nach den Heilquellen Kemmerns hat mir nun in den letzten vier Jahren Gelegenheit gegeben, eine relativ grosse Anzahl von Kranken untersuchen zu können, deren Hauptbeschwerden in Schmerzen der Füsse bestanden. Ueber diese meine Erfahrungen werde ich in Kürze zu berichten mir erlauben. Ich muss vorausschicken, dass aus dem Kreise meiner Betrachtungen eine ganze Reihe von Krankheitszuständen eliminiert worden ist, bei denen zwar die Schmerzen in den Füssen die Hauptbeschwerde bildeten, die je[illegible] z. B. wegen ihres sinnfälligen Zusammenhangs mit lokalen Knochen- oder Gelenkaffektionen keine diagnostischen Schwierigkeiten darboten. Ebenso sehe ich von jenen Fällen ab, wo die Schmerzen in den Beinen das initiale Symptom einer Wirbelcaries, eines Rückenmarktumors, einer Tabes oder Myelitis, eines Beckentumors waren. Diese Zustände sind im allgemeinen bei ihrer Seltenheit praktisch nicht so wichtig — es ist immerhin empfehlenswert an die Eventualität in unklaren Fällen zu denken; sehr wichtig ist die häufige Einleitung der Tabes durch Schmerzen in den Füssen; die überstandene luetische Infektion und das Westphalsche oder Argyll-Robertsonsche Zeichen werden in solchen Fällen wohl immer nachzuweisen sein und dazu dienen, die Diagnose zu fördern.

Meine Betrachtungen beziehen sich vorzugsweise auf solche Zustände, die bei oberflächlicher Betrachtung keine augenfällige Veränderungen an den unteren Extremitäten darboten und bei denen die Ursache der Schmerzen erst gesucht werden musste; ich benutzte die Bezeichnung «Beine» und «Füsse» promiscue, weil bei den in Frage kommenden Zuständen meist die ganze Extremität oder grössere Abschnitte derselben mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen werden, unabhängig von dem Sitz des Leidens.

Die unteren Extremitäten nehmen schon unter physiologischen Bedingungen eine gewisse Sonderstellung ein, die sie zu bestimmten Erkrankungen praedestiniert erscheinen lässt. Die unteren Extremitäten repraesentieren einen integrirenden Bestandteil der Körpermasse; sie werden daher bei allgemeinen, mit Schmerzen einher-

Digitized by Google

gehenden Erkrankungen in grösserem Masse als andere, kleinere Körperprovinzen von den Schmerzen betroffen werden und in hervorragendem Grade an dem Krankheitsprozess teilnehmen; die unteren Extremitäten gehören zu denjenigen Organen, welche mit die schwersten Arbeitsleistungen verrichten müssen und hierbei den klimatischen und Berufsschädlichkeiten am stärksten ausgesetzt sind; sie stehen dabei unter den ungünstigsten zirkulatorischen Bedingungen wegen ihrer weiten Entfernung vom Zentrum des Kreislaufs und des Einflusses der Schwerkraft, welche die venösen Stauungen begünstigt; sie werden durch die Not der sozialen Verhältnisse und nicht selten durch die Macht der Mode unter besonders missliche Bedingungen gestellt; endlich sind die engen funktionellen Beziehungen der Beine zum Becken geeignet, eine Reihe von Erkrankungen in jenen auszulösen. Diese Gründe geben den Schmerzen der unteren Extremitäten eine gewisse Sonderstellung in der Pathologie, was eine derartige summarische Darstellung rechtfertigen dürfte; aus den angeführten Erwägungen ergiebt sich, dass die Schmerzen in den Füssen auf allgemeinen und lokalen Ursachen beruhen können. Ich werde mir erlauben von diesen Gesichtspunkten aus die Frage zu behandeln, will aber aus praktischen Gründen die Krankheitszustände nach deren Häufigkeit gruppieren, um später bei der Differentialdiagnose das Moment der allgemeinen oder lokalen Ursachen gesondert zu betonen.

Gehe ich nun auf mein Material ein, so verfüge ich über 188 Fälle, bei denen ausschliesslich oder vorzugsweise die Schmerzen in den Füssen den Anlass zur Konsultation gegeben hatten. Die häufigste Erkrankung war die Ischias: sie machte 28 pCt. aller registrierten Fälle aus; es handelte sich in den 53 Fällen um 32 Männer und 21 Frauen, die Erkrankung war stets einseitig, 21 mal rechts, 32 mal links, und betraf Personen im Alter von 18 bis 76 Jahren. Eine doppelseitige Ischias habe ich nie, auch bei Diabetes nicht, gesehn. Die Diagnose der Ischias macht wohl keine Schwierigkeiten: ich erinnere nur an die meist akute Entstehung und den chronischen Verlauf, an die typische Lokalisation der Schmerzen, die Druckpunkte, das Laséguesche Phänomen — (Schmerz beim Strecken des im Hüftgelenk flektierten Beines und Nachlassen des Schmerzes beim Flektieren im Kniegelenk) die Exacerbation der Schmerzen in der Nacht, die schmerzhafte Rückwirkung des Niesens und Hustens, die Unabhängigkeit von Ruhe und Bewegung bei Ausbruch der Schmerzattaquen, die Skoliose, die Funktionsstörung und das nicht seltene Fehlen des Achillesphänomens. Bei jeder Ischias, die sich der Therapie längere Zeit unzugänglich erweist, ist an eine Komplikation zu denken. Ich habe einmal einen Psoasabszess übersehn, 2 mal waren Abdominaltumoren sub finem vitae zu diagnostizieren, mehrmals waren Lageanomalien des Uterus mit der Ischias in Zusammenhang zu bringen: die Reposition hob den Schmerz auf. In einem Falle bestand neben der Ischias eine parenchymatöse chronische Nephritis.

Der Ischias am nächsten steht an Häufigkeit die Arteriosklerose der Fussarterien, deren klinisches Bild — «das intermittierende Hinken» von mir an dieser Stelle vor 2 Jahren geschildert worden ist. Bekanntlich handelt es sich um intermittierend auftretende Paraesthesien oder Schmerzen in einem, seltener in beiden Beinen; beim Stehenbleiben pflegen die Sensationen sehr schnell zu schwinden, um beim Gehen alsbald wieder aufzutreten. In der Ruhe fehlen sie meist, wenigstens in den ersten Perioden des Leidens. Die Diagnose wird durch das Fehlen oder eine merkliche Abschwächung der Fusspulse im befallenen Fuss sichergestellt (A. tibialis postica — unterhalb des Malleolus internus und A. dorsalis pedis — auf dem Dorsum, etwa an der Uebergangsstelle des Unterschenkels in den Fuss).

Diese Arteriosklerose beansprucht deswegen eine besondere Berücksichtigung, weil sie häufig ganz isoliert auftritt, ohne dass sich an den übrigen Arterien Zeichen von Arteriosklerose fänden; sie kommt auch in relativ frühen Altersperioden vor (24 J.!) und gerade die jugendlichen Patienten pflegen am meisten unter diesen Beschwerden zu leiden. Die Arteriosklerose der Füsse ist daher praktisch ebenso wichtig als sie theoretisch interessant ist. Ihr chronischer Verlauf, die Neigung zu Verschlimmerung und der drohende Ausgang in Gangrän erheischen eine rechtzeitige Diagnosenstellung und vorsichtige Behandlung. Das Leiden ist viel häufiger — bei uns zu Lande wenigstens — als man es nach den bisherigen Veröffentlichungen erwarten sollte. Ich habe in den letzten 2 Jahren zu den bereits beschriebenen 14 Fällen noch 34 neue hinzufügen können. Eine der wichtigsten Fragen, nach der Aetiologie des Leidens, ist noch ungelöst. Den von Erb betonten direkt schädlichen Einfluss des Tabakmissbrauches habe ich auch auf Grund dieser letzten Beobachtungsreihe nicht hoch anschlagen können; ich habe das Leiden bei 3 Frauen und bei mehreren Nichtrauchern beobachtet; als ein wesentlicher Faktor erscheint dagegen der Einfluss der kalten Luft, das Stehen unter freiem Himmel bei Winterkälte, die Lues, der Alkoholismus, der Diabetes und der Plattfuss, auf dessen aetiologische Bedeutung in der Entwickelung der Fussarteriensklerose ich bereits vor 2 Jahren hingewiesen habe und dem nunmehr in seiner letzten Publikation auch Erb*) eine gewisse Bedeutung einräumt. Eine Differenz in der Höhe der Radialispulswellen findet sich nicht selten bei diesen Kranken und zwar entspricht der Seite des kranken Fusses ein schwächerer Radialpuls. Unter meinen Kranken fand sich das Leiden in 17 pCt.; bei 3 Frauen und 31 Männern 14 Mal rechts, 12 Mal links und 8 Mal doppelseitig. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 54 Jahre. Die Praeponderanz der jüdischen Rasse konnte auch jetzt wieder konstatiert werden.

Dass diese, auch von anderen Autoren betonte Tatsache nicht auf die zufällige Auslese des Krankenmaterials zurückzuführen ist, habe ich an anderer Stelle zu begründen gesucht; ich möchte nur hier an die von Metschnikoff ausgesprochene Hypothese anknüpfen, nach welcher chronische Obstipation durch die Anhäufung und Resorption toxischer Stoffe die Entwickelung der «physiologischen» Altersarteriosklerose begünstigt: sollte nicht etwa die chronische Obstipation, welche eine häufige Erscheinung bei der jüdischen Rasse darstellt, auch eine von jenen zahlreichen Ursachen sein, die sie zur Arteriosklerose besonders disponiert?

Auf die recht interessanten Einzelheiten meiner Fälle von intermittierendem Hinken will ich hier nicht näher eingehen; es sei nur erwähnt, dass in einem Falle, der einen älteren Herrn betraf, folgende Kombination aetiologischer Momente vorlag: Rasse, Alkoholismus, Nikotinmissbrauch, Diabetes, Varicen und deutliche Abflachung des kranken Fusses; dabei war der Zustand kein schwerer; in einem anderen Fall (Frau) bestand neben allgemein gichtischen Beschwerden Plattfuss und Fehlen der Fusspulse, ohne dass die Kranke über Schmerzen in den Füssen zu klagen gehabt hätte. Andererseits habe ich mehrfach Kranke gesehen, welche ganz typische subjektive Beschwerden äusserten, die mit Sicherheit auf das Fehlen der Fusspulse hinwiesen und bei denen die,

*) Erb: Ueber Dysbasia angiosclerotica (intermittierendes Hinken) Münch. Med. Woch. 1904, Nr. 21.

Digitized by Google

objektive Untersuchung einen völlig normalen Befund ergab. Vielleicht handelte es sich in diesen Fällen um das Vorstadium oder die nervöse (auf Vasomotorenkrampf beruhende? Oppenheim) Form des intermittierenden Hinkens.

In einer verhältnismässig grossen Reihe von Fällen (12 pCt.) glaubte ich den Plattfuss allein als schmerzauslösendes Moment anschuldigen zu müssen. Vorwiegend waren beide Füsse in gleicher Weise beteiligt. Unter 24 Kranken waren 14 Männer und 10 Frauen. Die Beschwerden sind recht charakteristisch: leichte Ermüdbarkeit, Schmerzen in der Fusssohle, besonders nach deren innerem Rande zu, ausstrahlende Schmerzen in die Innenseite des Unterschenkels, in das Knie, zuweilen auch in die Hüfte und trophische Störungen. Die Kranken machen oft die charakteristische Angabe, dass ihnen das Stehen schwerer fällt als das Gehen, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass die intermittierende Belastung der Fusssohle dieselbe beim Gehen weniger irritiert als der continuierliche Druck beim Stehen.

Bezeichnend ist auch die Beobachtung, dass das Gehen in Pantoffeln mehr mit Schmerzen verbunden ist, als das Gehen in Stiefeln: letztere tragen den ganzen Fuss, indem sie ihn umschliessen und mildern die Druckwirkung auf den nervus plantaris, indem sie durch den Absatz die Mitte des Fusses in der Schwebe halten. Dem oft gehörten Einwand, dass der Plattfuss nicht die Ursache der «rheumatischen» Schmerzen sein könne, weil diese erst einige Zeit beständen, während der Plattfuss angeboren sei oder schon viele Jahre existierte, begegnete ich mit der Ueberlegung, dass die physiologische Zunahme des Körpergewichts das Verhältnis zwischen Belastung und Fusswölbung ungünstig beeinflusse und die letztere noch mehr verstreiche. Die Kranken standen meist im vierten Decennium, wo der Embonpoint sich auszubilden pflegt, andererseits kann man sich ganz gut vorstellen, dass in dieser Altersperiode, auf der Höhe der Arbeitsleistung, die Toleranz des Fusses gegenüber den Schädlichkeiten des Lebens an ihre Grenze angelangt ist.

Einmal ergab sich ein Hohlfuss als Ursache für den Schmerz, einmal schien die fehlerhafte Art aufzutreten, Schmerzen in den Fersen hervorzurufen, da das ganze Gewicht auf diese projiziert wurde, während die Zehen kaum den Fussboden berührten. Eine Korrektur durch geeignete Einlagen in die Stiefel schaffte bald Abhülfe. Dass ungeeignetes Schuhwerk mannigfache Schmerzen bedingen kann, braucht nicht weiter erörtert zu werden.

Die Gicht und die Adipositas sind häufig die einzig nachweisbaren Ursachen von Fussschmerzen. Erstere ruft häufig Schmerzen in der Ferse oder dem Gebiet der Achillessehne hervor oder äussert sich in Schmerzen der vorderen Plantarhälfte. Die akuten schmerzhaften Gichtanfälle in der I. Zehe oder der Ferse sind bekannt, sodass ich auf sie hier nicht eingehe, viel häufiger sind die oben beschriebenen, permanenten Schmerzen, die nur mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand, das Vorhandensein von Tophi und später zu erörternde Kriterien als gichtische aufgefasst werden können. Auf dem Boden der Stoffwechselstörung dürfte sich gelegentlich eine Neuritis entwickeln, die Schmerzen macht. Aehnliche Verhältnisse liegen wohl auch bei den Schmerzen der Fettleibigen vor; es kommt noch die erhöhte Inanspruchnahme der Tragfähigkeit der Beine bei dem hohen Körpergewicht hinzu, sowie die ungünstigen Zirkulationsverhältnisse.

Recht häufig klagen Frauen im klimakterischen Alter über Schmerzen in den Füssen, was unter anderem auch in den Zirkulationsbedingungen der Beckenorgane begründet sein mag.

Auf Störung der Zirkulation in den Beinen oder den benachbarten Kreislaufgebieten des Beckens beruhen die nicht seltenen Schmerzen bei Varicen, Phlebolithen, Venenthrombosen, Haemorrhoiden und den durch Stauungsoedeme hervorgerufenen Fussschmerzen; in letzterem Falle werden die Hautnerven durch den Druck des Oedems irritiert. In einigen Fällen waren unbestimmte Schmerzen und eine geringfügige Abmagerung der betreffenden Muskeln die ersten Anzeichen einer zentralwärts gelegenen arthritischen Affektion, die an sich zunächst keine Symptome gemacht hatte.

Im jugendlichen und Kindesalter habe ich 14 Mal Schmerzen in den Beinen beobachtet, die durch Chlorose oder Anaemie bedingt waren und auf roborierende Diät, Eisentherapie etc. schwanden; bei dem allgemeinen Blutmangel kommen eben die peripherisch gelegenen Körperteile in der Ernährung am ehesten zu kurz und reagieren durch Schmerzen; dieselben sind wohl neuritischer Natur und analog den Rückenmarksveränderungen bei Anaemie auf die insuffiziente Blutversorgung zurückzuführen.

Eine ausgesprochene Neuritis an den Nerven der unteren Extremität habe ich nur 7 Mal beobachtet. Es handelte sich um 2 einseitige Peroneuslähmungen mit Schmerzen im Anschluss an die Geburt, um eine doppelseitige Neuritis des Peroneus bei einer älteren Frau und eine einseitige Neuritis bei einer fettleibigen 50-jährigen Frau; eine Peroneus-Neuritis betraf einen Mann von 41 Jahren. 2 Mal war eine Neuritis im Gebiet eines n. cutaneus femoris lateralis (Bernhard-Roth'sche Paraesthesie-Meralgia paraesthetica) Anlass zur Konsultation. Die letztere Neuritis ist übrigens als nebensächlicher Befund bei Personen, die sich gut zu beobachten pflegen, nicht ungewöhnlich.

Der Alcoholismus chronicus und der Diabetes ergaben sich in einigen Fällen als aetiologisches Moment für Schmerzen in den Füssen.

Bei Berücksichtigung der bisher erwähnten Momente bleiben noch etwa 15 pCt. der Fälle übrig, die ich in das Gebiet der neurasthenischen und hysterischen, sowie 4 pCt. — in die Kategorie der unbestimmten Schmerzen rangieren möchte.

Die neurasthenischen Schmerzen zeichnen sich vor allem durch das Fehlen aller obenerwähnten Momente aus, die eine andere Deutung des Schmerzes zuliessen. Sie sind meist doppelseitig, unbestimmt in der Lokalisation und nach der Art ihres Auftretens, häufig nehmen sie bei Bewegung ab und werden erst in der Ruhe empfunden; es finden sich meist auch andere Zeichen der Neurasthenie-Ermüdbarkeit, cerebrale Beschwerden, Reizbarkeit, vasomotorische Symptome etc. Die hysterischen Schmerzen verraten sich ebenfalls durch die atypische Lokalisation, die Abhängigkeit von seelischen Zuständen, das Schwinden derselben bei Ablenkung der Aufmerksamkeit, die unmotivierte, oft sehr bedeutende Beeinträchtigung der Gehfähigkeit, der unaufklärliche Wechsel zwischen Perioden völligen Fehlens und «furchtbarer Heftigkeit» der Schmerzen; oft genügt schon der hysterische Allgemeinzustand zur Feststellung der Schmerzen; nicht selten finden sich halbseitige Hypaesthesieen oder Anaesthesieen und andere Zeichen der Hysterie; die Nervenstämme in den befallenen Gebieten sind druckempfindlich, doch findet man solches auch in entlegenen Körperteilen; andererseits gelingt es durch Ablenkung der Aufmerksamkeit eine bis dahin schmerzhafte Stelle intensiv zu drücken, ohne Schmerzen auszulösen und einen bis dahin schmerzfreien Punkt durch Suggestion in einen schmerzenden zu verwandeln.

Digitized by Google

Die «unbestimmten Schmerzen» nehmen bei sorgfältiger Berücksichtigung der oben erwähnten aetiologischen Faktoren nur 4 pCt. in Anspruch. Es handelte sich fast auschliesslich um weibliche Kranke, bei denen eine typische Schmerzform nicht nachgewiesen werden konnte.

Meine Herren, Sie werden gewiss die «rheumatischen» Schmerzen in dieser Schilderung vermisst haben; nun wollte ich gerade durch diesen Vortrag den Versuch bekunden, die rheumatischen Schmerzen in den Füssen als eine äusserst seltene, wohl meist zu «demaskierende» Erkrankung aus der Pathologie zu streichen. Jedenfalls sollte man mit der Bezeichnung rheumatischer Schmerzen in den Fällen, wo eine palpable Erkrankung des Muskel- und Gelenkapparates nicht vorliegt, viel zurückhaltender sein als es bisher geschehen ist. Man hat eigentlich nur das Recht von «Muskelrheumatismus» zu reden, wo deutliche Muskelschwielen oder eine Myositis mit vorauszusetzender pathologisch-anatomischer Grundlage vorliegen. Diese Fälle sind aber äusserst selten, wenigstens in der aus chronischen Kranken bestehenden balneologischen Klientel. Ich habe keine solchen gesehn (an den Armen beobachtete ich 2 mal Muskelschwielen als Ausgangspunkt diffuser Schmerzen). Es ist daher im Interesse einer exakteren Diagnostik und rationelleren Therapie in jedem Fall von unbestimmten Schmerzen in den Füssen — zunächst auf die Annahme von «Rheumatismus» zu verzichten und an die erwähnten Eventualitäten zu denken.

Gestatten Sie, meine Herren, dass ich noch in Kürze pie massgebenden Gesichtspunkte für die Differentialdiagnose hervorhebe:

Ischias:

Meist einseitig. Meist akuter Beginn. Druckpunkte. Häufiges Fehlen des Achillesreflexes. Schmerzen exacerbieren nachts, Bewegung ohne wesentlichen Einfluss, in chronischen Fällen sogar die Schmerzen lindernd. Skoliose, Laséguesches Phänomen.

Sklerose der Fussarterien.

Häufig einseitig Fehlen der Fusspulse. Typische Schmerzen, beim Gehen auftretend, in der Ruhe schwindend.

Plattfuss.

Abflachung des Fussgewölbes. Häufig doppelseitig. Stehen schmerzhafter als Gehen. Gehen in Stiefeln bequemer. Lokalisation des Schmerzes im Knie oder der Innenseite des Unterschenkels. Vasomotorische Begleiterscheinungen. Kombination mit Arteriosklerose zu prüfen!

Gicht, Adipositas.

Meist doppelseitig. Allgemeinzustand! Gichtknoten am Dorsum pedis und an den Fingern. Die Schmerzen sind in der Ruhe am grössten und nehmen bei Bewegung ab.

Hysterie.

Meist doppelseitig. In der Ruhe—Zunehmen der Schmerzen. Hysterische Sensibilitätsstörungen. Analoge Schmerzen in der gleichseitigen Hand. Hysterischer Allgemeinzustand. Einfluss psychischer Faktoren auf die Entstehung der Schmerzen.

Neurasthenie.

Meist doppelseitig. Bewegung und Ablenkung bessert die Schmerzen. Allgemeinzustand! Sonstiger negativer Befund.

Anaemie.

Meist doppelseitig. Allgemeinzustand! Bei längerem Gehen treten Schmerzen auf, in der Ruhe fehlen sie.

Meine Herren! Ich bin weit davon entfernt andeuten zu wollen, dass ich mit dieser Schilderung die Zustände, welche zu Schmerzen in den Füssen führen, erschöpft habe. Ich hatte nur die Absicht, mein verhältnismässig grosses Material Ihnen zu skizzieren, um auf diese Weise die häufigsten Ursachen zur Sprache zu bringen und ich werde mein Ziel erreicht haben, wenn ich in dieser praktisch so wichtigen Frage die Orientierung erleichtert haben sollte.

Noch einige Worte zur Therapie. Ueber die Behandlung der Ischias brauche ich zu den zahllosen Vorschlägen medikamentöser und lokaler Behandlung nichts hinzuzufügen; ich habe fast stets Jodkali verordnet — der Nutzen der Schwefelbäder ist entschieden sehr gross und wäre in härtnäckigen Fällen eine Badekur in Kemmern immer indiziert. Weniger Erfolg habe ich bei den anderen Kranken gehabt. Bei der Sklerose der Fussarterien bewährte sich mehrmals eine Badekur in Hapsal, die mit kunstgerechter Massage kombiniert wurde: für den häuslichen Gebrauch sind Jodpraeparate und galvanische Fussbäder bei Schonung der Füsse vor Kälte und Ueberanstrengung zu empfehlen. Der Plattfuss erheischt die Korrektur durch den Stiefel oder chirurgische Behandlung.

Die übrigen Zustände weichen oft einer auf den Allgemeinzustand gerichteten Behandlung.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. J. Schwalbe: Jahrbuch der praktischen Medizin. Jahrgang 1904. (Verlag von Enke. Stuttgart 1904. Preis 10 Mark).

In diesem Jahre recht frühzeitig erschienen, liegt nun der Besprechung der XXVI. Jahrgang des Jahrbuches vor. Die grossen Vorzüge dieses Buches sind ja schon oft in unserer Wochenschrift gelegentlich der Besprechung früherer Jahrgänge herausgestrichen worden, dasselbe besitzt bereits einen enormen Anhängerkreis unter den Aerzten, trotzdem sei hier nochmals auf den eminenten Wert desselben gerade für den in seinem Berufe stehenden Praktiker aufmerksam gemacht. In erster Linie das praktische Interesse im Auge habend, hat es Schwalbe verstanden, unter der Mitarbeiterschaft vieler hervorragender Gelehrten in den nach den einzelnen Spezialitäten abgefassten Kapiteln zusammenhängende Sammelreferate über die neuesten Errungenschaften der Forschung in dem letzten Jahre zu bringen. Dabei ist nur dasjenige aufgenommen worden, was für den Praktiker unmittelbar wissenswert sein könnte, der ganze theoretische Teil der Forschung ist als unnützer Ballast bei Seite gelassen worden.

Der Inhalt des Jahrbuches entspricht vollkommen demjenigen, was es nach Absicht des Verfassers sein soll, und zwar ein kritischer Jahresbericht für die Fortbildung der praktischen Aerzte.

Der seit ein paar Jahren herabgesetzte Preis muss im Verhältnis zum Gebotenen für äusserst gering erachtet werden.

Hecker.

J. de Blécourt und G. Nijhoff: Fünflingsgeburten. (Gröningen. Verlag von Wolters 1904).

Die in niederländischer und deutscher Sprache verfasste Arbeit enthält die Beschreibung eines Falles von Fünflingsgeburt und schliesst daran ähnliche in der Literatur beschriebene Fälle an. Pat. der oben genannten Verff. war 34 Jahr alt, hatte einmal normal geboren. Nach 6-monatlicher Menopause wurden Fünflinge geboren (1-tes Kind Mädchen; 2-tes Mädchen; 3. Knabe; 4. Mädchen; 5. Mädchen). Die Ausstossung der einzelnen Kinder folgte rasch auf einander. Das Gesamtgewicht derselben betrug 3150 Gramm, alle Kinder lebten, doch nur eine Stunde. Die Placenta wog 783½ Gramm, zeigte an der foetalen Seite eine Einteilung in fünf gesonderte Räume. Nr. 1, 2 und 5 waren eineiige Drillinge, Nr. 4 und 3 zweieiige Zwillinge. Die Mutter genas. Mehrere vorzügliche Abbildungen machen dem Leser die Verhältnisse klar. Die Verff. führen 27 Fälle aus der Literatur und Chroniken an. Der erste aufgezeichnete Fall wurde 1648 in Paris verzeichnet.

Lingen.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung v. 21. Januar 1904*).

1. Dr. M. Eliasberg demonstriert vor der Tagesordnung einen Fall von amaurotischer, familiärer Idiotie, und stellt für die nächste Sitzung eine genauere Besprechung dieser Krankheit in Aussicht.

2. Dr. Engelmann demonstriert einen Fall von Lues haemorrhagica.

Die Patientin ist 26 Jahre alt, verheiratet, hat einmal geboren, das Kind ist im 2. Lebensjahre gestorben. Ihre Erkrankung begann vor 3 Jahren angeblich nach einer Verletzung am Rücken. Es bildeten sich schmerzende Geschwüre,

*) Der Redaktion zugegangen am 5. Januar 1905. (D. Red.).

Digitized by Google

die unter Jodoformbehandlung heilten, während neue auftraten.

Jetzt finden sich am Rücken beiderseits neben der Wirbelsäule und vorn am Abdomen zahlreiche rundliche Narben, in denen stellenweise Gefässe sichtbar sind. Die Haut des Abdomens und des Rückens erscheint durch Gefässzeichnung stark marmoriert. An einigen Stellen in der Umgebung der Narben sieht man an circumscripten Stellen stark dilatierte Gefässe, in deren Umgebung es zu ca. 10-Kopekenstückgrossen Ekchymosen gekommen ist. An 2 Stellen finden sich in der Heilung begriffene buchtige Ulcera, die stets empfindlich sind. Diese Ulcera sind aus den erwähnten Ekchymosen unter zunehmender Schwarzfärbung der Haut entstanden.

Sonstige luetische Symptome ausser leichter allgemeiner Drüsenschwellung fehlen. Augenbefund normal. Der Ernährungszustand war bei der Aufnahme der Patientin stark reduziert, es bestand Anämie, und es fanden sich zahlreiche Ulcera. Erst unter antiluetischer Behandlung gelang es die Ulcera in ausgedehnterem Masse zur Heilung zu bringen. Pat. erholte sich, nahm an Gewicht zu, und in der letzten Zeit ist es wohl noch zu schmerzhaften Ekchymosen, aber nicht mehr zur Ulceration gekommen, während in der ersten Zeit das Entstehen der Ulcera aus den Ekchymosen deutlich verfolgt werden konnte. Dieser Verlauf spricht wohl für die Annahme einer luetischen Affektion. Die Untersuchung auf Tuberkel- und Leprabazillen ergab ein negatives Resultat.

(Autoreferat).

3. Dr. O. Brehm (als Gast) hält seinen angekündigten Vortrag über: «Die komplizierten Kontusionen des Bauches».

Es wird auf Grund von 34 Fällen aus der 1. chirurgischen Abteilung des Rig. Stadtkrankenhauses die Frage der komplizierten Bauchkontusionen speziell hinsichtlich der Diagnostik behandelt. Obwohl man, gestützt auf eine Reihe wertvoller Symptome, die Diagnose der subkutanen Organverletzung im Bauche in einer nicht kleinen Anzahl der Fälle sicherstellen kann, bleibt stets eine Reihe von dubiösen Krankheitsbildern übrig, bei denen die Diagnosenstellung und somit die Indikationsstellung zur Laparotomie dem subjektiven Ermessen anheimgestellt werden muss. Da speziell bei den komplizierten Kontusionen die Gefahr der Peritonitis eine enorm grosse ist, so muss möglichst früh operiert werden, die Indikationsstellung darf daher nicht zu sehr eingeengt werden, besonders wo es sich um Verletzungen des Magendarmkanals handelt. Bei Nierenrupturen dagegen ist in dem meisten Fällen die exspektative Behandlung vorzuziehen. Die Heilungsresultate sind am Rig. Krankenhause im allgemeinen wenig befriedigend, namentlich bei den Rupturen des Magendarmtraktus, was sich aus der Tatsache erklärt, dass die Fälle in der grössten Mehrzahl zu spät kamen; im Durchschnitt kamen sie nach mehr als 24 Stunden und hatten alle bereits Peritonitis. Von 34 Fällen wurden 14 geheilt, 20 starben, doch stellt sich das Verhältnis für die einzelnen Organe sehr verschieden.

Von	2	Magenrupturen	wurde	0	geheilt	2	starben
»	2	Leberrupturen	»	1	»	1	»
»	4	Milzrupturen	»	2	»	2	»
»	9	Nierenrupturen	»	9	»	0	»
»	15	Darmrupturen	»	1	»	14	»
»	2	Blasenrupturen	»	1	»	1	»

Aus den Tatsachen, dass einerseits die Diagnose der Organverletzung bei Bauchkontusionen sehr schwierig ist, dass andererseits die Fälle erfahrungsgemäss sehr spät in die Hände des Chirurgen kommen, folgt das uneingeschränkte Resultat für den praktischen Arzt, jede Bauchkontusion ohne Ausnahmen so schnell als möglich chirurgischer Behandlung zu überweisen.

(Autoreferat).

Dr. Bosse bemerkt zu der Forderung Dr. Brehms: den Kranken vor dem Transport in's Hospital kein Opium zu reichen, ob nicht die Darreichung von Morphium, das ja den Darm nicht beeinflusst, als schmerzstillendes Mittel indiziert sei?

Dr. Brehm: Ein vorsichtiger Transport werde im Ganzen auch ohne Morphium gut vertragen. Letzteres habe den grossen Nachteil, dass es, gerade durch Beseitigung der Schmerzempfindlichkeit die Krankheit verschleiere und so eine schnelle Diagnose störe.

Dr. Schabert wendet sich gegen die vom Vortragenden betonte Unterscheidung zwischen dem klassischen Bilde des Frühstadiums der Bauchkontusion und der späteren Peritonitis und vertritt die Annahme, dass es sich im Frühstadium schon um Peritonitis handle. Die für dieses Stadium als charakteristisch geltende brettharte Spannung der Bauchdecken käme auch bei sonstiger lokaler Peritonitis vor. Auch unsere medizinische Vorstellung vom Vorgange bei der durch die Kontusion gesetzten Darmverletzung nötige uns, einen frühen Beginn der Peritonitis anzunehmen.

Dr. Brehm: Gegen die Annahme Dr. Schaberts spricht das schnelle Schwinden der stürmischen initialen Symptome, die ja sonst bei vorhandener Peritonitis zunehmen müssten.

Das Frühstadium sei als eine Art Latenzzeit aufzufassen, in der möglicher Weise die Perforationseröffnung durch Schleimpfröpfe verschlossen würden. Erst nach Ausstossung derselben käme es zu Peritonitis.

Wie der Choc zustande käme, sei schwer zu erklären. Auch die Autoren seien sich darüber nicht klar. Um Reizung des Peritoneums könne es sich kaum handeln, da bei peritonealer Reizung aus anderen Ursachen die Bauchdeckenspannung häufig fehle.

Dr. Schabert: Eine sichere makroskopische Diagnose im Frühstadium werde wohl nur in sehr ausgesprochenen Fällen möglich sein. Selbst die Obduction gebe oft nur wenig Aufschlüsse. Es handle sich häufig nur um leichte Injektion der Serosa. Entscheidend sei daher nur eine bakterielle Untersuchung.

Dr. Mandelstamm II. berichtet über einen Fall aus seiner Praxis vor 8 Jahren, der seiner Ansicht nach beweist, dass die Diagnose einer stattgefundenen Bauchkontusion nicht immer leicht zu stellen sei. Er wurde zu einem 8-jährigen Knaben gerufen, der über leichte Leibschmerzen klagte. Seit etwa 24 oder 30 Stunden kein Stuhl. Leib weich, nicht schmerzhaft, keinerlei besonders empfindliche Stellen. Auf spezielles Befragen gab Pat. an, beim Springen auf ein Balkenende mit dem Abdomen aufgesprungen zu sein, doch sei der Schmerz nicht besonders heftig gewesen. In Anbetracht der Stuhlverhaltung und der Abwesenheit irgendwie beunruhigender Symptome verordnete Ref. Ricinusöl und Priesnitz'sche Umschläge und bat die Eltern ihn sofort zu benachrichtigen, falls irgendwelche Veränderungen im Zustande des Pat. eintreten sollten. Er wurde jedoch erst am nächsten Morgen wieder hingebeten — nach ca. 18 Stunden — und war Pat. unterdessen bereits von mehreren Kollegen untersucht worden, die verschiedene Diagnosen gestellt hatten: Meningitis, Volvulus. Als Ref. den Pat. wiedersah, war derselbe nicht wiederzuerkennen: absolute Bewusstlosigkeit, ad maximum weite Pupillen, Erbrechen blutiger Massen, ausgesprochene Peritonitis. Ex consilio mit einem schnell herbeigeholten Kollegen wurde beschlossen, den Kranken behufs Operation in's Krankenhaus zu schicken, doch gingen die Eltern darauf nicht ein, und der Pat. starb einige Stunden später. Ref. vermutete erst nachträglich, dass im betr. Falle eine Magen — oder Darmruptur vorgelegen hatte. Die Tatsache, dass von verschiedenen Kollegen verschiedene Diagnosen gestellt worden waren, während niemand an eine Bauchkontusion gedacht hatte (mit event. Darm- oder Magenruptur) spricht nach Ansicht des Ref. dafür, dass der Fall nicht leicht zu deuten war. Jedenfalls fehlten hier die klassischen Symptom, von denen der Herr Vortragende gesprochen hat.

Dr. v. Bergmann: Im Frühstadium fehle meist jeder die Annahme einer Darmperforation beweisende Befund. Da sei das durch die Anamnese eruirte aetiolog. Moment: die auf das Abdomen cirkumskript einwirkende Gewalt, die einzige Stütze für die Diagnose. Dieses Moment, sowie die bald eintretende bretthartе Spannung des eingezogenen Leibes, sei für die Notwendigkeit eines Eingriffes bestimmend. Es werde gewiss vorkommen, dass auch unnütz laparotomiert würde. Andererseits sei ein Abwarten für den Kranken zu gefahrvoll.

Dr. Mandelstamm: Herrn Dr. v. Bergmann möchte ich erwidern, dass m. E. Gespanntheit der Bauchdecken und Schmerzhaftigkeit auf eine beginnende oder bereits eingetretene Peritonitis hindeuten. Dann sei die Diagnose einer stattgehabten Kontusion vielleicht leichter. Im vorliegenden Falle fehlten aber, als ich den Kranken zuerst sah, jene Symptome: der Leib war ganz weich, nicht schmerzhaft.

(Autoreferat).

Dr. Brehm: In einem Falle von Bauchkontusion traten erst am 6. Tage Schmerzen mit allgemeiner Verschlimmerung auf. Bei der Operation fand sich ein Kotabszess, der unter Bildung mehrerer Kotfisteln heilte. Einer zur Beseitigung derselben später vorgenommenen zweiten Operation erlag Patient. Bei der Operation fand sich im Abszess ein Kotballen, der durch eine gleichfalls nachweisbare Perforationsöffnung hineingedrungen war.

Dr. Voss richtet an Vortragenden die Frage, ob der in seiner Statistik aufgeführte einzige Heilungsfall bei komplizierter Kontusion in einem frühen oder späten Stadium zur Operation gekommen sei?

Dr. Brehm: Besagter Fall sei der am frühesten von allen operierte, und zwar 4 Stunden nach der Verletzung.

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

Digitized by Google

Vermischtes.

— Unserem berühmten Landsmann, dem ordentlichen Universitätsprofessor und Generalarzt à la suite des Sanitätskorps, Wirkl. Geheimen Medizinalrat Dr. E. v. Bergmann in Berlin, ist der Königl. Preussische Kronenorden I. Klasse verliehen worden.

— Der Ober-Militär-Medizinalinspektor, Präsident des militär-medizinischen Komitees und beständiges Mitglied des Medizinalrats, Geheimrat Dr. Speranski, ist zum Leibmedikus des Hofes Sr. Kaiserlichen Majestät ernannt worden, mit Belassung in seinen gegenwärtigen Aemtern.

— Der Obermedizinalinspektor des Ministeriums des Innern, Geheimrat Dr. R. v. Anrep, ist auf 28 Tage in's Ausland beurlaubt.

— Wie wir hören, ist der bekannte Chirurg Dr. X. Dombrowski, älterer Arzt am Kinder-Hospital des Prinzen von Oldenburg, an Dr. Fomins Stelle zum Oberarzt des hiesigen Börsenhospitals gewählt worden.

— Wie verlautet, tritt der Leibakkoucheur Prof. Dr. Ott von der Stellung als Direktor des weiblichen medizinischen Instituts zurück.

— Der Chef des Medizinalwesens des abgeteilten Korps der Grenzwache, Geheimrat Dr. Schapirow, ist zum Medizinalinspektor dieses Korps und sein Gehülfe, Staatsrat Dr. Gurjew, zum Gehülfen des Medizinalinspektors des Korps der Grenzwache umbenannt worden.

— Vor Kurzem beging der ältere Arzt des städtischen Jausa-Krankenhauses in Moskau, Dr. Elias Schlossberg, das 30-jährige Jubiläum seiner Tätigkeit an diesem Hospital. (R. Wr.).

— Von der medizinischen Gesellschaft bei der Odessaer Universität sind die Professoren E. Adamjuk, K. Arnstein, J. Metschnikow, F. Owsjanikow, I. P. Pawlow, Th. Erismann und Dr. Roux zu Ehrenmitgliedern gewählt worden.

— Dem Oberarzt der St. Petersburger Gefängnishospitäler, wirkl. Staatsrat Dr. Wilh. Strohm, ist der St. Stanislaus-Orden I. Klasse verliehen worden.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner sind der Korpsarzt des 3. sibirischen Armeekorps Dr. Rjabinin, sowie der Festungsarzt von Port-Arthur, Divisionsarzt der I. ostsibirischen Schützen-Division Dr. Subbotin, zu wirklichen Staatsräten befördert worden.

— Befördert zu wirklichen Staatsräten sind die Petersburger Aerzte: Dr. Julius Serck, Ehrenmitglied des Kaiserl. Patriotischen Frauenvereins, Dr. v. Puteren, Oberarzt des St. Petersburger Findelhauses, Dr. Robert Bursian, Kurator des hiesigen Kinderasyls zum Andenken an den Cäsarewitsch Georg Alexandrowitsch und Dr. Wjashlinski, Oberarzt des Nikolai-Kinderhospitals.

— Verstorben: 1) Am 16 Januar in St. Petersburg der Leibmedikus des Allerhöchsten Hofes, Geheimrat Dr. Theodor Roschtschinin, im 64. Lebensjahre. Nach Absolvierung des Gymnasialkursus war der Hingeschiedene anfangs Lehrer in einem Privatpensionat, studierte dann Philologie in Moskau, siedelte aber bald nach Petersburg über, um sich dem Studium der Medizin an der medikochirurgischen Akademie zu widmen. Nach Erlangung des Arztgrades begann er seine ärztliche Tätigkeit i. J 1866 als Landschaftsarzt im Peterhofer Kreise. Im Jahre 1883 wurde er zum Ehren-Leibmedikus ernannt und als Bezirksarzt bei der St. Petersburger Palais-Verwaltung angestellt, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende inne hatte. R. gehörte seit einer Reihe von Jahren dem militär-medizinischen gelehrten Komitee als beratendes Mitglied an und ist vielfach auch literärisch hervorgetreten. 2) In Stawropol (Gouv. Samara) am 28. Dezember a. pr. der dortige Landschaftsarzt Joh. Chlebnikow im Alter von 52 Jahren an Tuberkulose. Seine medizinische Ausbildung hatte er an der militär-medizinischen Akademie erhalten. Nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1877 nahm Ch. als Militärarzt an dem russisch-türkischen Kriege teil, nach dessen Beendigung er Landschaftsarzt wurde, anfangs im Gouv. Pensa, dann in Stawropol, wo er sich bald eine grosse Klientel erwarb. 3) Der Divisionsarzt der 51. Inf.-Division Dr. W. Wassiljew im 62. Lebensjahre nach 38-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Kiew der freipraktizierende Arzt Plato Lunatscharski im Alter von 40 Jahren. Die Praxis hat der Verstorbene seit 1889 ausgeübt. 5) In Berlin am 17. Januar der Dozent der Ohrenheilkunde Prof. Dr. Louis Jakobson, 52 Jahre alt. Der Verstorbene stammte aus einem angesehenen Königsberger Gelehrtengeschlecht, dessen Sprossen sich besonders in der Medizin hervorgetan haben. Sein Grossvater stand als Arzt und Chirurg in Ansehen, sein Vater war Professor der inneren Medizin in Berlin und sein Onkel Prof. der Augenheilkunde an der Königsberger Universität. Er selbst wandte sich der Ohrenheilkunde zu und war 14 Jahre Assistent an der Universitätsohrenklinik in Berlin, bis er i. J. 1888 eine eigene Poliklinik für Ohrenkrankheiten eröffnete. Seine Erfahrungen hat er in seinem «Lehrbuch der Ohrenheilkunde» niedergelegt, welches bereits 3 Auflagen erlebt hat und in mehrere fremde Sprachen übersetzt ist.

— Zum Nachfolger des Professors Jerofejew auf dem Lehrstuhl der Augenheilkunde an der Universität Tomsk ist der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie Dr. S. Lobanow gewählt worden. (R. Wr.).

— Die Gesellschaft der Aerzte Ostsibiriens (in Irkutsk) hat den früheren Medizinalinspektor des Gouvernements Irkutsk Dr. N. Makowecki zum Ehrenmitgliede gewählt.

— Der auch in weiteren Kreisen bekannte Marinearzt Dr. Alexander v. Bunge, der sich in Port Arthur während der Belagerung der Festung befand, hat wie die Erkundigungen seiner Verwandten an zuständigem Orte ergeben haben, die Leiden der Belagerung glücklich überstanden.

— Unter den 15.000 Verwundeten in den Hospitälern von Port Arthur, befindet sich auch der verwundete Militärarzt Dr. J. Krziwez.

— Wie Prof. Botkin vom Kriegsschauplatz der Grossfürstin Jelissaweta Feodorowna meldete, ist am 28. Dezember der Student der Tomsker Universität Paul Prudentow, welcher als Sanitär der 5. fliegenden Kolonne sich bei einer Kosakenpatrouille befand, bei einem japanischen Ueberfall unweit Hondonng von fünf Kugeln durchbohrt als Held gefallen.

— Die barmherzige Schwester L. Jakowenko, welche in Ljaojang bei Ausübung ihres Berufes im Lazarett der Charkower Landschaft an beiden Beinen verwundet wurde, ist, nachdem ihr das rechte Bein in Charbin amputiert worden, auf der Reise nach Frankreich begriffen, am 18. Januar hier eingetroffen.

— Aus Lodz, welches bereits eine erhebliche Zahl von Aerzten für den Sanitätsdienst im Fernen Osten hat abgeben müssen, sind, wie die örtlichen Blätter melden, abermals 7 Aerzte einberufen worden. Dieselben gehören der Reserve der älteren Jahrgänge an; einige von ihnen haben sogar die Reservezeit bereits überschritten, werden aber, da sie es versäumt haben, sich aus der Reserve ausschreiben zu lassen, auf Grund der letzten Erklärung des Hauptstabes in dieser Angelegenheit, noch zu der verfügbaren Reserve gerechnet und müssen daher der Einberufung Folge leisten.

— Das Exekutivkomitee des Russ. «Roten Kreuzes» hat bekanntlich zur Deckung der laufenden Ausgaben Wertpapiere für die Summe von 400,000 Rbl. verkaufen müssen — wie die hiesige Zeitung «Russ» betont, ein beredtes Zeugnis für das Mistrauen, das die Gesellschaft durch Einstellen der Beiträge dem «Roten Kreuz» entgegenzubringen fortfährt. Das gen. Blatt schreibt die Schuld daran der mangelhaften Organisation des «Roten Kreuzes» zu, welches unter Ausschluss der Oeffentlichkeit und mit Missachtung der öffentlichen Meinung tätig sei.

— Der 22. deutsche Kongress für innere Medizin findet vom 12.—15. April 1905 zu Wiesbaden statt unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrat Erb (Heidelberg). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: Ueber Vererbung. — 1. Referat: Ueber den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie: Herr H. E. Ziegler (Jena), 2. Referat: Ueber die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose: Herr Martius (Rostock). Vorträge haben angemeldet: Herr A. Hoffmann (Düsseldorf): Ueber Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen; Herr Paul Krause (Breslau): Ueber Röntgenstrahlenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie; Herr Schütz (Wiesbaden): Untersuchungen über die Schleimsekretion des Darmes; Herr M. Matthes (Jena): Ueber Autolyse; Herr Clemm (Darmstadt): Ueber die Bedeutung der Heftpflasterstützverbände für die Behandlung der Bauchorgane. Mit dem Kongresse ist die übliche Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Präparaten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden.

Anmeldungen von Vorträgen und für die Ausstellung sind zu richten an den ständigen Sekretär des Kongresses, Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13.

— Epidemiologisches. Die Pest im Uralgebiet ist als erloschen zu betrachten. Es sind daher die zur Begrenzung der Seuche angeordneten Massregeln aufgehoben und ist nur noch die ärztlich-sanitäre Aufsicht beibehalten worden.

Bf.

Digitized by Google

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Jan. d. J. 9572 (266 mehr als in d. Vorw.), darunter 611 Typhus — (69 mehr), 879 Syphilis — (49 wen.), 283 Scharlach — (13 mehr), 109 Diphtherie — (9 mehr), 40 Masern — (5 wen.) und 19 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. bis zum 8. Januar 1904.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
573	467	1040	260	128	184	23	14	20	81	100	94	64	81	47	15	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 29, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 10, Scharlach 19, Diphtherie 21, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 39, Erysipelas 5, Grippe 22, Katarrhalische Lungenentzündung 172, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 113, Tuberkulose anderer Organe 20, Alkoholismus und Delirium tremens 15, Lebensschwäche und Atrophia infantum 82, Marasmus senilis 45, Krankheiten des Verdauungskanals 131, Totgeborene 47.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 25. Jan. 1905.

Tagesordnung: Schmitz: Präsidialvortrag. — Jahresberichte der Sekretäre etc. — Wahlen. — — Nochmalige Beratung betr. Unterstützung durch den Krieg geschädigter Aerzte.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 14. Febr. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Thiocol „Roche" beste Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig. Vorzügl. Antituberc. und Anti-Diarrhoicum.

Pastilli Thiocoli „Roche" verlässlichste, bequemste und billigste Verabreichungsform des Thiocols.

Sulfosot-syrup „Roche" entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Sirolin „Roche"

die idealste Form der Kreosot- bezw. Guajacol-Therapie.

Wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup.

Bewirkt nach tausendfältigen Erfahrungen an Kliniken und in der Privatpraxis bei *Lungentuberkulose* Besserung des Appetits, Hebung der Ernährung, Zunahme des Körpergewichts, Abnahme der Nachtschweisse, des Hustens, des Auswurfes und der katarrhalischen Erscheinungen.
Weitere Indikationen: Influenza, Bronchitis, Keuchhusten, chirurg. Tuberkulose, allgemeine Schwächezustände, Skrophulose.
Nach den Erfahrungen an der kgl. med. Universitätsklinik zu Halle a. S. (Direktor Prof. v. Mering) **„erfüllt das Sirolin alle Bedingungen eines angenehm schmeckenden, tonischen Arzneimittels"**. (Ueber die Krankenhausbehandlung der Lungentuberkulose, von Dr. Hugo Winternitz, I. Assist. der Klinik. Deutsche Aerzte-Ztg., 1. Jan. 1902.
Man verordnet: ***Sirolin Lagenam origin.*** Erwachsenen 3—6 Theelöffel, Kindern 2—3 Theelöffel täglich vor oder unmittelbar nach dem Essen, rein oder in Wasser.

Vor Nachahmung wird gewarnt. *Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.*

Alleinige Fabrikanten:
F. Hoffmann-LaRoche & Co., Fabrik chem.-pharm. Producte
Basel (Schweiz) ✳ *Grenzach* (Baden).

(127) 11—4.

Protylin „Roche" haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate.

Airol „Roche" bester, geruchloser Jodoformersatz.

Thigenol „Roche" synthetisches Schwefelpräparat mit 10% org. gebund. Schwefel Geruchloser Ichthyolersatz.

Digitized by Google

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Bromipin. *Ausgezeichneter Ersatz für Bromalkalien — besonders wertvoll in der Frauen- und Kinderpraxis. — Bromipin kann unbedenklich in grösseren Dosen gegeben werden.* (12) 13—6.

Dionin. *Ein mildes, relativ ungiftiges, in Wasser leicht lösliches Morphinderivat von hervorragender schmerz- und hustenstillender Wirkung. Ist in allen Fällen als Ersatzmittel für Morphium und Codeïn mit Nutzen zu verwenden.*

Jodipin. *Der beste Ersatz für Jodalkalien. Anerkanntes Mittel bei Lues, Bronchitis, Arteriosklerose, Skrophulose, Tuberkulosis incipiens, sowie in allen anderen Fällen, in denen Jodpräparate indiziert sind*

Originalprodukte „Heyden"

von uns in die Medizin eingeführt:

Salicylsäure, salicylsaures Natrium, salicylsaures Wismut, Salol, Creosotal, Duotal, Xeroform, Orphol, Solveol, Itrol, Collargol, Acoin etc.

Neu: Salocreol und Salit, zur äusserlichen Behandlung rheumatischer und neuralgischer Erkrankungen. **Salit** ausserordentlich billig; **Salocreol** noch von spezieller Wirkung bei Erysipelas faciei, Lymphadenitiden und skrofulösen Drüsenanschwellungen.

Neu: Calodal, leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur subkutanen, ganz besonders aber auch zur rektalen Ernährung und zur Darreichung per os als Kraftnährmittel.

Wir fabrizieren in bester Qualität *Acetylsalicylsäure*, in Substanz und als leicht zerfallende Tabletten, **Guajacol**, cryst. und liquid., **Benzonaphtol, Phenacetin, Lactophenin, Hexamethylentetramin, Diacetylmorphinum hydrochlor.** etc.

Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (21) 10—2.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. **Koeniger.**

Verlag von August Hirschwald in Berlin

Soeben erschien:

Lehrbuch der speciellen Chirurgie für Aerzte und Studirende

von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **F. König.**

Achte Auflage.

III. Band, gr. 8. Mit 158 Holzschnitten 1905. 17 M.

Preis des vollständigen Werkes 49 M.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER VICHY

(4) 17—14.

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und andere Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins,

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege nothwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

BERLINER DOCENTENVEREIN FÜR ÆRZTLICHE FERIENKURSE.

Der nächste Cyklus des Berliner Docentenvereins für ärztliche Ferienkurse beginnt am **16. Februar (1. März)** und dauert bis zum **15. März (28. März) 1905.**

Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und Auskunft erteilt Herr **Melzer** (Berlin), Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

(27) 2—2. Prof. Dr. **J. Hirschberg**, Geh. Med.-Rat, Vorsitzender.

Довв. ценз. Спб., 24 Января 1905 г. Herausgeber Dr. **Rudolf Wanach.** Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
MAR 30 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 4 St. Petersburg, den 29. Januar (13. Februar). 1905.

Inhalt: Dr. Max Buch: Das Globusgefühl. — Referate: Zur Frage der Methylalkoholvergiftung. — Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Dieser № liegt № 1 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.

Das Globusgefühl.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Dr. Max Buch.

Der sogenannte «Globus hystericus» wird fast in sämmtlichen Lehrbüchern als Krampfsensation am Oesophagus definiert. Globus und Oesophagismus wären somit identisch. Wenn man jedoch reine Fälle von Globus und Oesophagismus mit einander vergleicht, so zeigen sich grosse Unterschiede.

Beim Oesophaguskrampf finden sich immer Schlingbeschwerden, ja diese gehören durchaus zum Wesen dieses Krampfes. Beim echten Globusgefühl ist das Schlucken nicht im geringsten behindert.

Der Oesophaguskrampf geht mit einem unangenehmen Gefühl der Einschnürung, oft heftigem Schmerz einher; nie hat der Kranke das Gefühl eines Fremdkörpers. Das Globusgefühl ist nie schmerzhaft, es erweckt beim Kranken in der Regel ungemein deutlich die Vorstellung eines Fremdkörpers.

Der Oesophaguskrampf betrifft immer eine fixe Stelle des Oesaphagus. Der Ort des Krampfes kann auch bei derselben Person in verschiedenen Anfällen wechseln, im selben Anfall aber verharrt er immer an derselben Stelle, meist hinter dem Sternum. Der Globus bewegt sich in der Retrosternalgegend aufwärts und setzt sich mit Vorliebe am Halse fest, nur ganz ausnahmsweise in der oberen Retrosternalgegend.

Wenn der Globus zum Halse gelangt, bewirkt er sehr häufig ein unangenehmes Erstickungsgefühl, was beim Oesaphagismus nie zur Beobachtung kommt.

Ein antiperistaltischer Krampf kommt nur vor und während des Erbrechens vor, er ist nie von Fremdkörpergefühl begleitet. Der Globus ist fast nie von Erbrechen begleitet.

Physiologische Kontraktionen der Hohlorgane geben überhaupt keine Empfindung, Krampfkontraktionen höchstens Schmerz, nie ein Fremdkörpergefühl. Für die Globusempfindung, als Krampfsensation betrachtet, giebt es somit kein Analogon in der ganzen Pathologie.

Das Globusgefühl entspricht auch örtlich nicht dem Oesophagus, denn es entsteht in der Regel oder wenigstens sehr häufig im Hypogastrium und steigt von hier durch das Epigastrium in Brust und Hals empor. Es giebt kein Organ, das dieser Lokalisation entspräche und eine Krampfsensation geben könnte.

Es ist somit klar, dass der Globus keine Krampfsensation sein kann, sondern eine rein sensible Erscheinung ist.

Der einzige Nerv, welcher dieser Lokalisation entspricht, ist der Sympathicus, denn er erhebt sich aus dem kleinen Becken längs der ganzen Wirbelsäule bis zum Kopf, und zwar kann es sich nur um eine innerhalb dieses Nerven vor sich gehende irradiierte Erscheinung handeln.

Der Sympathicus zeichnet sich vor anderen sensiblen Nerven durch einen besonderen Reichtum an Irradiationen aus, wobei der Weg vom gereizten Teil des Sympathicus zum Endpunkt der Irradiation von den Kranken oft deutlich empfunden wird. Das Gefühl der Fortbewegung ist daher für den Sympathicus ganz besonders charakteristisch [1]).

Durch Fingerdruck auf einen hyperalgischen Teil des Sympathicus kann man sehr häufig ausser lokalem Schmerz Irradiationen hervorrufen, welche sehr gewöhnlich den am selben Patienten beobachteten spontanen Schmerzen gleich sind.

Die Analyse der 20 von mir aufgezeichneten Fälle von Globus ergab u. a. folgende Resultate. In sämmtlichen 20 Fällen von Globus bestand bedeutende Hyperalgesie des Lenden- und Halssympathicus, häufig mit spontanen Neuralgien dieser Nervenprovinzen. In etwa der Hälfte dieser Fälle konnte der Globus durch Druck

[1]) Vergl. M. B. Die Ausstrahlungen oder Mitempfindungen und Reflexe im Gebiet der Sympathicus. Diese Wochenschr. 1901. Nr. 12.

Digitized by Google

auf den Lendensympathicus, seltener auf den Halssympathicus, künstlich hervorgerufen werden.

Das Globusgefühl ist seinem Wesen nach eine innerhalb des Sympathicus, wahrscheinlich der Grenzstränge, vielleicht mit Einschluss der praevertebralen Geflechte, sich abspielende Mitempfindung, die so zustande kommt, dass ein den hyperalgischen Sympathicus, meist den Lendensympathicus, treffender Reiz sich auf die ebenfalls hyperalgischen Ganglien des Grenzstranges ausbreitet und zwar in der Art, dass von der Reizstelle aufwärts sukzessive in einem Ganglion nach dem anderen die vorher latente Empfindung über die Bewusstseinsschwelle hinaufgeschnellt wird.

Diese Mitempfindung ist von drückender Beschaffenheit und manche Patienten fühlen sie auch als nicht schmerzhaften Druck. Dieses Druckgefühl ruft aber gewöhnlich durch den unbewussten Vergleich, den die Psyche mit Vorgängen an der Peripherie des Körpers anstellt, bei den Kranken sehr lebhaft die Vorstellung eines Fremdkörpers hervor, welcher den Druck bedingt. Verschiedene Beobachtungen machen es sehr wahrscheinlich, dass gewöhnlich Erregungen symmetrischer Stellen beider Grenzstränge zu einer breiten Sensation zusammenschmelzen. Wenn dies nicht geschieht, kommt die seltene Erscheinung eines doppelten Globus zustande, der zu beiden Seiten der Mittellinie emporsteigt, wie ich in einem Falle beobachtete. Auch einen einseitigen Globus habe ich einmal beobachtet, wo also die Sensation nur in dem einen Grenzstrang irradiierte.

Die Zeit, in welcher der künstlich hervorgerufene Globus aus dem Unterleibe bis zum Halse emporsteigt, beträgt höchstens einige Sekunden, denn sofort nach Ausübung des Druckes auf den Lendensympathicus geben die Kranken an, «das Stück» sei ihnen in den Hals gestiegen, und aus dem Umstande, dass sie stets aussagen, der künstlich hervorgerufene Globus sei dem spontanen in allen Stücken gleich, ist der Schluss zu ziehen, dass dieser sich auch in Bezug auf die Zeit ebenso verhält.

In manchen Lehrbüchern (z. B. Eichhorst) findet man noch heute die Angabe, der Globus sei «fast pathognomonisch» für Hysterie — eine grundfalsche Lehre, die unzählbare Male die Diagnose Hysterie veranlasst hat, wo keine vorlag. Der Globus ist einfach ein Symptom einer über den ganzen Grenzstrang ausgebreiteten Hyperalgesie des Sympathicus und kann daher überall da angetroffen werden, wo diese Bedingung zutrifft. Unter meinen 20 Fällen von Globus fand sich kein einziger von Hysterie.

Die meisten meiner Fälle betrafen Chlorose, sowohl die erste Pubertätschlorose als auch die chlorotischen Zustände, welche man nicht selten bei Endometritis oder in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, besonders bei jungen Frauen, antrifft. In allen Fällen dieser Art, über deren wichtiges Schicksal ich habe Nachricht erhalten können, wurde die Diagnose ex juvantibus unterstützt, denn sie genasen alle in kurzer Zeit durch Eisen oder Arsen vollständig.

In mehreren Fällen spielen Gemütsbewegungen, Schreck, Gram, Aerger, eine grosse Rolle, so bei zwei Frauen im Beginn des Klimakteriums.

Sechs meiner Fälle betreffen Männer, davon zwei mit gewöhnlicher Neurasthenie durch Ueberanstrengung, zwei mit Neurasthenie durch gekränkten Ehrgeiz, Misserfolge und dergl., einen mit krankhafter, grundloser Syphilidophobie, wo also ebenfalls eine Gemütsbewegung, Furcht als Ursache zu beschuldigen ist.

Referate.

1.

Zur Frage der Methylalkoholvergiftung. Poisoning by Woodalcohol, Cases of Death and Blindness from Columbian Spirits and Other Methylated Preparations, Frank Buller, M. D. Montreal, and Casey A. Wood, M. D. Chicago. The Journal of the American Medical Association, October 1, 8, 15, 22, and 29. 1904.

Das aktuelle Interesse, welches die Methylalkoholvergiftung nicht allein in der Toxikologie, speziellen Pathologie und Therapie, sowie in der Ophthalmologie, sondern auch in der öffentlichen Gesundheitspflege erheischt, macht für uns in Russland ein genaueres Referat über die obige Arbeit, welche auf einer Durchsicht der amerikanischen Literatur seitens des Prof. Buller und auf einer privaten Enquête des Prof. Wood beruht, geradezu notwendig; denn bisher ist der das Leben und das Sehvermögen bedrohende Methylalkohol bei uns noch nicht in die Liste der Gifte aufgenommen worden, während die Industrie der Herstellung desselben, namentlich in der sehr gefährlichen Form des desodorisierten Präparates, sich auch bei uns bereits zu entwickeln begonnen und auch schon zu Massenvergiftungen geführt hat, wie meine Mitteilung in Nr.Nr. 39 und 40, Jahrg. 1904 dieser Wochenschrift beweist.

Die amerikanische Arbeit enthält eine Uebersicht der ganzen ophthalmologischen Literatur über die in Amerika bisher zu ärztlicher Kenntnis gelangten Fälle von Methylalkoholvergiftung. Wie aus diesem Literaturverzeichnis ersichtlich ist, wurde der erste Vergiftungsfall schon im Jahre 1877 beobachtet und im Juni desselben Jahres von Viger in L'Année Medicale veröffentlicht. Bis zum Jahre 1899 sind die Nachrichten über Vergiftungsfälle verhältnismässig spärlich. Unter den bisher veröffentlichten und den neuerdings durch die Wood'sche Enquête gesammelten Fällen finden sich vom Jahre 1877—1, 1888—1, 1889—3, 1890—1, 1894—4, 1897—3 und 1898—10, also im ganzen 23 Fälle. Seit 1899 häufen sie sich aber dermassen, dass, abgesehen von den gerüchtweise berichteten, mit Einschluss jener 23 Fällen in der Wood'schen Arbeit, 235 Fälle mehr oder minder genau geschildert werden konnten. Dieses rapide Anwachsen der Zahl der Vergiftungen schreiben die Verfasser des Artikels dem Umstande zu, dass in den letzten 5 Jahren der Handel mit desodorisiertem Methylalkohol in Amerika in Schwung gekommen ist, mit einem Präparate, das frei ist von den Ekel erregenden Eigenschaften des ungereinigten Methylalkohols und nicht leicht vom Aethylalkohol zu unterscheiden ist. Aber dass nicht nur der desodorisierte Methylalkohol, sondern auch der widerlich riechende und schmeckende ungereinigte Methylalkohol mitunter getrunken wird, geht sowohl aus den Methylalkoholvergiftungen aus früherer Zeit, als auch aus dem bei Wood sub D. 69 angeführten Fall aus Massachusets sowie aus anderen Fällen hervor, bei deren Sektion fast in allen Organen starker Methylalkoholgeruch gefunden wurde. Dass in unseren Dorpater Fällen bei der Sektion kein Methylalkoholgeruch bemerkt wurde, beweist die Verursachung dieser Vergiftungen durch geruchlosen Methylalkohol.

In der Arbeit von Buller und Wood sind die verwerteten Fälle in 4 Gruppen geteilt, welche mit den Buchstaben A, B, C, D bezeichnet sind: A. Veröffentlichte Fälle von Erblindung, oder Erblindung mit nachfolgendem Tode, bedingt durch Trinken oder Inhalation von Methylalkohol (54 Fälle). B. Bisher nicht veröffentlichte Fälle von Erblindung oder Erblindung mit nachfolgendem Tode durch Trinken von methylalkoholhaltigen Flüssigkeiten (90 Fälle). C. Bisher nicht veröffentlichte Fälle von Erblindung durch Methylalkohol, der durch die Lungen oder durch die Haut oder durch beide resorbiert worden war (9 Fälle). D. Bisher nicht veröffentlichte Todesfälle nach Methylalkoholvergiftung ohne Erwähnung vorhergegangener Erblindung (82 Fälle).

Zu der ersten Gruppe wäre zu bemerken, dass man beim Durchsehen derselben Hinweise auf weitere 61 Vergiftungsfälle findet. Vergiftungsfälle sind fast in jedem der Vereinigten Staaten vorgekommen, also in Nordamerika in sehr grosser Ausdehnung verzeichnet worden. Besonders erschütternd sind die Massenvergiftungen aus neuester Zeit, von welchen man durch diese Arbeit Kenntnis erhält. Es sind das genau ebensolche Vorkommnisse wie die Dorpater Massenvergiftung. Unter D. 73 bis 81 und B. 88 lesen wir: Am 31. August 1904 versammelte sich im Gebiete des Turtle Gebirges in Nord Dakota eine unbekannte Zahl von Indianern zu einer Kneiperei, und da sie nicht imstande waren, gewöhnliche alkoholische Getränke zu erlangen, so besorgten sie sich eine hinreichende Menge von Flaschen mit «Floridawasser» und, wie berichtet wird, von «Zitronenextrakt», wovon sie reichlich tranken. Neun Indianer starben grösstenteils am Freitag, den 2. September

Digitized by Google

morgens, und von einem Ueberlebenden ist es bekannt, dass er erblindete. Nach dem Gelage wurden in dem Indianerlager leere Floridawasserflaschen gefunden. Alle, welche sich am Genuss jenes Spiritus beteiligt hatten, erkrankten mit Brennen im Magen- und Darmkanal, Kopfschmerz, langsamem Pulse (bis zu 43 Schlägen in der Minute). Die Fingernägel und die Lippen waren blau. Sie starben im Koma. Die Untersuchung ergab, dass die Flüssigkeiten (Floridawasser und Zitronenextrakt) hauptsächlich aus Methylalkohol bestanden.

In dem Artikel wird ausserdem auf ein Vorkommnis in der 10. Avenue der Stadt New-York vom Oktober 1904 hingewiesen, wo 25 Personen nach dem Trinken von Whisky starben, welcher Holzalkohol enthielt und in einer Restauration des Rudolf Fritsche gekauft worden war. Diese New-Yorker Fälle sind in der Arbeit nicht mitgezählt. Hervorgehoben zu werden verdienen die Vergiftungsfälle durch Aufnahme des Giftes durch die Lungen und die Haut.

Ausser 9 Fällen der Gruppe C. gehören hierher aus der Gruppe A die Fälle 11, 19 und 25 und der Fall 66 der Gruppe B.

Drei solcher Vergiftunsfälle mit mehr oder minder schweren Amblyopien sind 1899 und 1901 im Ophthalmic Record Chicago veröffentlicht worden, und zwar 2 von Dr. R. S. Patillo, Chicago 1899 und einer von Dr. G. E. de Schweinitz im Juni 1901. Die bisher nicht veröffentlichten Fälle beobachteten folgende Aerzte: Dr. W. T. Salmon in Oklahama City in 2 Fällen im Oktober 1899 an einem Manne, welcher Zeuge und Kleider mit methylalkoholhaltigen Flüssigkeiten reinigte und färbte, und im Dezember 1903 an einem 6 monatlichen Kinde, neben dessen Wiege eine Methylalkohollampe gebrannt hatte; Dr. Norton L. Wilson in Elizabeth (New-Jersey) an einem Manne, welcher sich mit der Zubereitung von methylalkoholhaltigen Lackgemischen beschäftigte; Dr. W. Mc L. Ayres in Cincinnati (Ohio) 1901, Dr. E. Driver in Norfolk (Waschington) 1894, Dr. J. A. Lippincott in Pittsburg 1902. Dr. Nelson L. North in Brooklyn (New-York) 1900—1901 an 5 Malern, welche beim Anstreichen von Bierfässern, Abtritten, Schulräumen etc. mit einer Lösung von Schellack in Methylalkohol arbeiteten; Dr. Daniel Conbey in Bad Axe (Michigan) 1903 an einer Frau, welche Methylalkohol zur Heizung ihrer Badewanne und zur Reinigung ihrer Kopf- und Gesichtshaut benutzt hatte; Dr. Harald Gifford in Omaha (Nebraska) 1902 an einer Patientin, welche durch das Brennen einer Methylalkohollampe mit grossem, flachem Dochte während des Winters ihr kleines Schlafzimmer geheizt hatte, und dieselbe Lampe zum Erwärmen von Wasser in ihrem Zimmer verwandt hatte. Diese Beobachtungen geben der Gefährlichkeit des Methylalkohol eine recht grelle Beleuchtung und widerlegen die Behauptungen einzelner betreffs der Ungefährlichkeit dieses Stoffes, welche in der kritisierten Schrift nicht unerwähnt bleiben.

Mit grosser Bestimmtheit und Klarheit wird durch den Wood'schen Artikel die Giftigkeit des Methylalkohols und seine grosse Gefahr für einen Staat bewiesen, in welchem sich die Industrie der Herstellung des geruchlosen Methylalkohols entwickelt hat. Selbstverständlich bestreben sich die Industriellen für ihr Produkt ein möglichst grosses Absatzgebiet zu erlangen, was ihnen um so eher gelingt, je weniger im Publikum die Schädlichkeit des Stoffes bekannt ist. Auch bei uns sind es nur Wenige, welche die Giftigkeit des Stoffes kennen, ja selbst unter den Aerzten und Pharmazeuten ist diese Kenntnis noch nicht so verbreitet, wie es die Wichtigkeit des Stoffes fordert. Während der eine oder der andere Pharmazeut oder Arzt durch eigene, vielleicht schon vor langer Zeit gemachte, bittere Erfahrung weiss, wie gefährlich der Stoff ist, und obgleich er auch schon zum Selbstmorde, wie in dem Wood'schen Falle D 57, verwandt worden ist, so gilt er in den Augen der meisten als unschädlich, weil er weder in das Verzeichnis der Gifte aufgenommen, noch in der Apothekertaxe mit einem warnenden Kreuze versehen ist. In Amerika gelingt es den Agenten der Destillaturen des geruchlosen Methylalkohols, denselben an die Drogisten, die Inhaber von chemischen Laboratorien, Parfümeure, Lack-, Farben- und Hutfabrikanten und endlich an die Verfertiger verschiedentlicher Getränke los zu werden. Der Erfolg der Agenten bei ihrem Bestreben, einen grossen Umsatz von Methylalkohol zu erzielen, wird durch den verhältnismässig billigen Preis desselben begünstigt. In Amerika kostet ein Stoof besteuerten Aethylalkohols 1 Rbl. 09,3 Kop. (1 Gallone = 2 Dollars 60 Cents) und ein Stoof geruchlosen Methylalkohols 26,3 Kop. (1 Gallone = 50 Cents); bei uns in Russland kostet ein Stoof 95° Spiritus 1 Rbl. 90 Kop., ein Stoof geruchlosen Methylalkohols 1 Rbl. Bei der grossen Verlockung, den Aethylalkohol durch den billigeren Methylalkohol zu ersetzen, ist es in Amerika zu folgenden Resultaten gekommen. Der Staatschemiker von New-Jersey fand im Jahre 1903, dass von 8 Proben Paregoricum 4, und von 11 Proben Ingwer (Ginger) gleichfalls 4 Methylalkohol enthielten. Scoville berichtet, dass er unter 6 käuflichen Einreibungen in 2en Methylalkohol fand; dasselbe gilt von verschiedenen von ihm untersuchten Schnäpsen. Dr. Allen Greenwood in Boston bemerkte ganz neuerdings, dass 2 seiner Patienten mit Tinkturen versorgt worden waren, deren Menstruum Methylalkohol bildete. Als der Drogist zur Rechenschaft gezogen wurde, erklärte er, dass viele Tinkturen neuerdings mit Spiritus von dieser Sorte angefertigt werden. Der offizielle Chemiker von New-York fand im Jahre 1902, dass Jamaika-Ingwer und Stinkspiritus in 40 von 215 Drogenhandlungen New-Yorks mit Methylalkohol zubereitet worden waren. Dr. Warren, der Sanitätsarzt des Staates Pennsylvanien, fand bei Untersuchungen von 1000 Proben billigen Whisky's, welche bis zum Februar 1904 vorgenommen worden waren, in 95 pCt. der Proben wechselnde Mengen bis zu 75 pCt. Methylalkohol. Im Jahre 1902 berichtet E. L. Patch in Stoneham (Massachusets) der pharmazeutischen Gesellschaft, dass er in 40 von 225 Proben von Kampferspiritus Holzalkohol gefunden habe.

In Minnesota wurden Proben von Zitronenextrakt aus allen Teilen dieses Staates beschlagnahmt und als gefälscht bezeichnet. Auch Fälle von Fälschung von Vanillen-, Ananas- und Erdbeerenextrakt mit Methylalkohol sind nachgewiesen worden.

Kommen bei uns zu Lande in dieser Beziehung die offiziell zum Verkauf gestatteten spirituösen Getränke nicht in Betracht, so dürfen wir bei uns den geheimen Getränkehandel und den Spiritusschmuggel nicht vergessen, der leicht Gelegenheit zur Fälschung mit Methylalkohol und zu grossem Unglück geben könnte. Ganz dieselbe Aufmerksamkeit, wie in Amerika, verdienen bei uns die Drogenhandlungen, die chemischen Laboratorien und die Parfümerien, ja selbst die Apotheken. Kamen doch in Dorpat die Vergiftungen durch ein aus Apotheken verabfolgtes Hausmittel, den Kuntzens-Balsam, zustande.

Verbot des Handels mit spirituösen Getränken steigert die Gelegenheit zu Vergiftung, wie es in Dakota, und auch bei uns der Fall war. Auch die verschiedenen Gewerbe der Maler, Lackierer, Hutmacher etc. können bei uns den Konsum dieses giftigen Stoffes steigern. Ausser den Tabellen der beobachteten Fälle enthält die Buller-Wood'sche Arbeit folgende Kapitel: Uebersicht der publizierten Fälle, die im Handel vorkommenden Formen von Methylalkohol, die Giftigkeit des Methylalkohols, die Pathologie der Methylalkoholamblyopie, Symptome der Methylalkoholvergiftung, das Sehvermögen bei der Methylalkoholamaurose, Fälle eines geringeren Grades von Intoxikation, Differentialdiagnose, Mischinfektion, die Vorbeugung der Methylalkoholvergiftung, die Behandlung der Methylalkoholvergiftung und die Schlussfolgerungen. Da die letzteren ein kurzes Referat der vorhergehenden Kapitel bilden, so seien sie hier wörtlich wiedergegeben, wobei ich es mir erlauben möchte zu jeder einzelnen derselben, wo ich es für erforderlich halte, meine Bemerkungen zu machen.

1) «Methyl- oder Holzalkohol in irgend einer seiner Formen, wie auch alle aus demselben hergestellten Präparate, sind ein gefährliches Gift, welches sowohl das Leben, als auch das Sehvermögen bedroht».

2) «In seiner desodorisierten Form ist er uns am besten bekannt als Columbiaspiritus, gereinigter Holzalkohol, Kölner Spiritus, Colonialspiritus, Musterholzspiritus, Unionsspiritus, Adlerspiritus, grüner Holzspiritus und als verschiedentliche andere Flüssigkeiten».

3) «Er wird als Fälschung und Ersatz des Kornalkohols bei billigem Whisky und anderen Getränken gebraucht, abgesehen von Jamaica-ginger, Zitronenextrakt und vielen anderen Essenzen und wohlriechenden Flüssigkeiten».

4) «Methylalkohol findet eine weit verbreitete Verwendung bei der Zubereitung von Geheim- und Patentmitteln: Zauberstrauch (witch hazel), häuslichen Einreibungen, wie etwa Bayrum, Kölner Wasser, Floridawasser und anderen Parfums».

5) «Bis jetzt sind mindestens 153 Fälle von Sehstörung und 122 Todesfälle durch dieses Gift erzeugt worden, im ganzen 275 Fälle von Verlust des Lebens und des Sehvermögens. Diese Summe wäre wahrscheinlich auf 400 vergrössert worden, falls eine genauere Enquête angestellt worden wäre».

6) «Die Schädigung des Sehorgans besteht hauptsächlich in einer destruktiven Entzündung der Sehnervenfasern oder der Retinalelemente (oder beider) mit nachfolgender Atrophie derselben».

7) «Die Symptome der Vergiftung sind mehr oder weniger schwere gastrointestinale Störungen, kompliziert mit Leibschmerz, allgemeiner Schwäche, Uebelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerz, erweiterten Pupillen und Sehstörungen. Falls keine Genesung eintritt, werden Schwächung der Herztätigkeit, stöhnendes Atmen, kalte Schweisse, Delirium, Bewusstlosigkeit, Koma und Tod beobachtet».

Digitized by Google

Diese Aufzählung der Symptome ergänzt meine Symptomatologie um das Auftreten von Delirien, über welche bei den hiesigen Kranken keine Nachrichten vorlagen. Die Pupillen sind oft ad maximum und dauernd, aber keineswegs immer bedeutend erweitert. Zwei wesentliche Symptomengruppen vermisst man in der Aufzählung: die Symptome des Lungenoedems, die bei tödlichen Fällen wohl kaum fehlen dürften, und auf welches in den Krankengeschichten genügende Hinweise vorhanden sind. Bei den meisten ist erschwertes Atmen notiert, bei einigen das Hervortreten von blutigem Schaum z. B. B 5, D 1,25, bei mehreren Cyanose, im Falle B 79 wird das Lungenoedem direkt als Todesursache angesehen, bei D 72 wird die Lähmung der Atmung als Todesursache erwähnt. Ich erblicke hierin eine Bestätigung meiner Ansicht, dass das Lungenödem ein wesentliches Symptom der Methylalkoholvergiftung ist. Eine zweite Symptomenreihe, auf die bei diesen Vergiftungen zu achten ist, und auf welche sich auch Hinweise in den Krankengeschichten finden, z. B. A 26, B 75. 76, 88, D 72, sind die Blasensymptome. Auf die Notwendigkeit der Untersuchung des Harns auf die Anwesenheit von Ameisensäure sei auch hier hingewiesen.

Die Angaben über die Sektionen, welche den Verfassern zu Gebote standen, sind leider wenig zahlreich und sehr dürftig. Der Lungenbefund ist überall ungenügend beschrieben. Bei einem auffallend grossen Teile der Sektionen war Methylalkoholgeruch wahrgenommen worden, was auf Vergiftung mit ungereinigtem Methylalkohol hinweist.

8) «Die Sehstörung ist beiderseitig und kann binnen weni-«ger Stunden nach Aufnahme des Giftes eintreten, oder auf «einige Tage hinausgeschoben sein. Sie ist gewöhnlich voll-«ständig mit nachfolgender zeitweiliger Besserung und all-«endlichem Verfall in dauernde Blindheit».

9) «Die Gesichtsfelder sind eingeengt und zeigen absolute «zentrale Skotome. Das Ophthalmoskop zeigt zunächst eine «kongestionierte Sehnervenpapille mit nachfolgender grauer «oder weisser Atrophie und kontrahierten Gefässen».

10) «Eine Fehldiagnose ist kaum möglich; die Methylalko-«holvergiftung bietet ein Krankheitsbild, das keiner anderen «Intoxikation gleicht. Akute Verdauungsstörungen mit nach-«folgender Störung des Sehvermögens müssen stets Verdacht «auf Methylalkoholvergiftung erwecken».

Hier wäre hinzuzufügen: namentlich dann, wenn im akuten Stadium zugleich Oppressionsgefühle in der Brust und Atmungsbeschwerden vorhanden sind.

11) «Die Vorbeugung der Vergiftung durch diese heim-«tückische Droge kann nur durch Verbot des Verkaufs des «desodorisierten Methylalkohols in allen seinen Formen «durchgeführt werden. Die Zahl der Todesfälle kann indessen «durch Eintragung aller Methylalkoholpräparate in die Gift-«liste, und durch die gerichtliche Verfolgung aller Personen, «welche Nahrungsmittel und Getränke mit demselben ver-«fälschen, eingeschränkt werden. Die Etiquettierung dersel-«ben mit der Bemerkung „diese Flüssigkeit ist imstande, «beim innerlichen Gebrauch Blindheit zu erzeugen", kann «gewiss einen abschreckenden Einfluss haben».

Erst recht, falls gesagt wird: Blindheit und Tod.

12) «Die Methylalkoholvergiftung stellt das Beispiel eines «Giftes dar, gegen welches Idiosynkrasie beobachtet wird. «Wie gegen manche andern Gifte sind manche Personen in ho-«hem Grade immun gegen den Methylalkohol, soweit die dau-«ernde Schädigung des Organismus in Betracht kommt. Wenn «10 Personen, sagen wir, 4 Unzen Columbiaspiritus binnen 3 «Stunden austrinken, so werden alle wohl Verdauungsstörun-«gen haben, 4 werden sterben und 2 von den letzteren wer-«den vor dem Tode erblinden. 6, von denen 2 dauernd erblin-«den würden, könnten vielleicht mit dem Leben davon kom-«men. Bei noch grösseren Dosen wird die Proportion der «Todes- und Erblindungsfälle grösser sein».

13) «Vergiftung durch Einatmung der Dämpfe des Methyl-«alkohols tritt gewöhnlich ein, wenn die Exhalationen mit der «wieder eingeatmeten Luft vermischt sind, wie beim Lackie-«ren des Inneren von Bierfässern, in kleinen Räumen u. s. w. «Es ist gleichfalls höchst wahrscheinlich, dass wiederholte «oder sogar eine einmalige Einreibung mit Methylalkohol «durch Absorbtion des Spiritus von der Haut Vergiftungs-«symptome hervorrufen können».

14) «Eine chronische (oder partielle) Vergiftung mit Methyl-«alkohol (in Gestalt von Schnäpschen des methylalkoholhal-«tigen Jamaica-ginger, Bayrum, aus Columbiaspiritus herge-«stellten Punsches etc.) ist die heimtückischste und wahr-«scheinlich eine nicht ungewöhnliche Form der Vergiftung. «Ihre Symptome sind nicht so ausgesprochen oder so leicht «zu erkennen, wie die der akuten Form, aber die Augen, der «Verdauungsapparat und das Nervensystem leiden unzwei-«felhaft».

15) «Die Benutzung des Aethylalkohols oder Kornspiritus «in den Künsten, sowie in den Gewerben: beim Anstreichen, «als Brennflüssigkeit, zur Steifung der Hüte, zum Lackieren «von Messing etc. ist ohne Gefahr für Leben und Sehver-«mögen. Durch die Hinzufügung eines kleinen Prozentsatzes «von Naphthalin z. B. würde die Flüssigkeit ungeniessbar sein. «Eine Kombination mit 10 pCt von Holzalkohol könnte der-«selben Aufgabe entsprechen. Solch' eine Mixtur ist der «grossbritannische «methylated spirit», durch welchen nicht «ein einziger Fall von akuter Vergiftung oder Methylalko-«holamaurose beobachtet worden ist, trotz der ausgedehnten «kommerziellen Verwendung von Methylalkoholpräparaten «auf den Britischen Inseln».

In Anbetracht der Tatsache, dass ungereinigter Methylalkohol nicht selten getrunken worden ist, im Hinblick ferner auf die Vergiftungen durch kleine Mengen, welche nach Inhalationen der Dämpfe beobachtet worden sind, und endlich bei Beachtung des Falles A. 2 der Buller und Wood'-schen Arbeit, in welchem der Genuss von einem Gemisch aus 90 pCt. Alkohol und 10 pCt. Methylalkohol den Tod zur Folge hatte, kann eine Kombination mit 10 pCt. Methylalkohol wohl kaum als ungefährlich empfohlen werden. Ja man darf nach den amerikanischen Erfahrungen auch sogar gegen die bei uns geübte Denaturierung des Spiritus mit 1 pCt., 2,5 pCt. und gar 5 pCt. Holzspiritus Bedenken hegen.

16) «Die Behandlung der Methylalkoholvergiftung besteht «hauptsächlich in der Entfernung des Giftes aus dem Magen «und dem Darm mit Hülfe der Magenpumpe und durch Mast-«darminjektionen, Stimulantien, namentlich Aethylalkohol; «Strychnin und Kaffee, Erwärmung des Körpers und der «Extremitäten».

Der Empfehlung des Aethylalkohols als Stimulans kann ich nicht beipflichten, obgleich unter dem Kapitel Behandlung der Methylalkoholvergiftung angegeben wird, dass in 5 Fällen, welche im Fort Terry beobachtet worden sind, der Aethylalkohol gute Dienste geleistet habe.

17) «Die Behandlung der Amaurose ist unbefriedigend. In «den frühen Stadien Pilocarpin und Jodkalium, später «Strychnin subkutan und per os».

Dr. C. Ströhmberg.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 8. September 1904.

Dr. Graubner demonstriert eine Patientin, über die er schon früher der Gesellschaft berichtet hatte. Es handelte sich um einen Fall, bei dem er im April 1899 wegen Ektopia vesicae urinariae die beiden Uretheren in die flexura sigmoidea einplantiert hatte. Zu Anfang bestand nachts Abträufeln des Harns aus dem After, später konnte Patientin den Harn auch nachts halten und leichtere Arbeit verrichten. Es trat tags 3—4 mal Entleerung von fast klarem Urin ein, auch 1 mal gebundener Stuhl. Jetzt wird seit dem Februar 1904 nachts wieder Urin ins Bett entleert. Mitunter wacht Patientin vom Aussickern des Urins auf und entleert dann den Urin ins Geschirr. Ausserdem hat sich in der Höhe des Nabels (die Ektopie reichte wie erinnerlich bis zum Nabel) in den letzten Tagen ein fingerförmiger Vorfall gebildet, der die Haut durchbrechend, jetzt allmählich nekrotisch zerfällt und von dem Gr. glaubt, dass es sich um eine Hernie mit Netzvorfall handelt.

Es folgt die Demonstration der Patientin. Graubner beabsichtigt diesen Vorfall operativ zu beseitigen und wird gebeten, auch nach erfolgter Operation die Pat. wieder vorzustellen.

Dr. W. Kieseritzky hält seinen angekündigten Vortrag: «Die Diät bei Scharlachnephritis». (Erscheint in der St. Petersb. Med. Wochenschrift).

Diskussion:

Truhart weist in theoretischer Beziehung darauf hin, dass in neuerer Zeit von dem Italiener Devato, besonders aber von den Franzosen Klippel, Le Fas u. a. die Wirkung der Bakterien und Toxine auf die Blutgefässe experimentell studiert worden ist und festgestellt wurde, dass die Toxine bei Infektionskrankheiten auf das Endothel der Blutgefässe wirken, was zur Frage der Arteriosklerose wichtig sei. Truhart ist der Ansicht, dass zu Anfang des Scharlachs die Flüssigkeitsmengen in ihrer Einwirkung auf das Herz keine so grosse Rolle spielen, hauptsächlich wohl erst bei schon bestehender Nephritis, wo das Herz infolge der Widerstände im Blutgefässsystem ohnehin engagiert ist, zu berücksichtigen sind. Ihm erscheint es nicht unwesentlich, dass in der ersten Periode des Scharlachs eine grössere Flüssigkeitsmengen dem Patienten zugeführt werde. Im Uebrigen ist er mit dem Noorden'schen Vorschlag der gemischten Diät bei Nephritis einverstanden.

Dr. I. Riemschneider-Ringen macht der Gesellschaft über eine einfache Methode zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase Mitteilung. Es komme

Digitized by Google

wohl ein jeder praktische Arzt dazwischen in die Lage, Fremdkörper aus der Nase zu entfernen und wisse, dass das mitunter gar nicht leicht sei, besonders wenn von den Angehörigen schon alles mögliche zur Entfernung des Fremdkörpers unternommen wurde und es sich um unruhige Kinder handle. Ihm ist das Entfernen einer Erbse aus der Nase zweimal durch folgende einfache Manipulation leicht und schnell gelungen: er drückte mit einem von einer Kornzange gehaltenen Wattebausch das Gaumensegel gegen die hintere Rachenwand und verschloss dadurch den Nasenrachenraum, darauf trieb er vermittelst eines mit einer entsprechenden Olive versehenen Gummiballons (wie er zu der Pollitzer'schen Luftdouche gebraucht wird) in die freie Nasenhälfte Luft ein und beidemal sprang der Fremdkörper leicht heraus.

Pfaff hält dieses Verfahren für nicht ganz ungefährlich und glaubt, dass durch den Luftdruck, der zur Entfernung etwa einer in der Nasenhöhle eingeklemmten gequollenen Erbse doch wohl grösser sein müsse, als bei der Pollitzer'schen Luftdouche, leicht die Trommelfelle verletzt werden könnten, zum mindesten aber der hinter dem Fremdkörper stagnierende Schleim in die Paukenhöhle getrieben werden könnte.

Riemschneider hält diese Gefahr für ausgeschlossen, da in seinen Fällen der Luftdruck, den er anwandte, den der Pollitzer'schen Luftdouche nicht überstieg.

Stellvertretender Sekretär: Dr. K. Pfaff.

Sitzung am 22. September 1904.

Dr. Paldrock stellt einen Fall von Prurigo ferox vor. Der Patient, seit dem 2. Lebensjahr daran leidend, ist vielfach auf Ekzem, Scabies, Lues behandelt worden. P. bespricht kurz die Differenzialdiagnose gegenüber der Urticaria chronica, macht auf die Pigmentation und lederartige Verdickung der Haut, besonders an den Unterschenkeln, das Freibleiben der Gelenkbeugeflächen, sowie die Leistendrüsenschwellung aufmerksam und betont die Seltenheit des Vorkommens derartiger Fälle.

Dr. Klau hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Akromegalie mit Krankenvorstellung. (Erscheint in extenso in der St. Petersburg. Medizin. Wochenschrift).

Diskussion:

Dehio fragt, wie oft Sektionen mit Berücksichtigung der Hypophysis ausgeführt worden sind.

Klau kann darüber keine genaue Auskunft geben, doch hebt er hervor, dass auch Fälle zur Sektion gekommen sind, in denen — wenigstens makroskopisch — die Hypophysis normal gefunden wurde, ebenso wie auch Fälle von starker Hypertrophie der Drüse ohne Zeichen von Akromegalie gefunden sind.

Pfaff glaubt, dass die Abnahme der rohen Muskelkraft in diesem Fall — da sie nicht beträchtlich genug ist, nicht zur Diagnose verwertbar sein dürfte. Der Umstand, dass Patient 4 Jahre lang nicht gearbeitet hat, kann die relativ geringe Herabsetzung der Muskelkraft erklären.

Klau: Ausser der entschieden vorhandenen Herabsetzung der rohen Muskelkraft, sprechen die Arbeitsunfähigkeit, die leichte Ermüdbarkeit — bei Fehlen anderer neurasthenischer Symptome der leichte Schweissausbruch durchaus für die Erkrankung. Typisch ist ferner das Eintreten des abnormen Wachstums erst im 17. Lebensjahr sowie die Impotenz resp. das Fehlen der Libido sexualis.

Pfaft erinnert daran, dass Pierre Marie als Ursache eine verminderte Tätigkeit der Hypophysis annimmt, während andere eine Hyperfunktion annehmen. Wichtig ist die Frage in Bezug auf die Therapie: in ersterem Falle wären Organpraeparate indiziert, in letzterem nicht.

Klau: Die Funktion ist jedenfalls vermindert; wo eine Hypertrophie konstatiert wurde, ist es immer nur eine scheinbare, nicht das specifische Drüsengewebe, sondern das Stützgewebe betreffende, resp. eine pathologisch-neoplastische. Theoretisch wäre daher immer die Verabfolgung von Hypophysisextrakt am Platze, wie es ja auch in der Tat Mendelsohn gelang, dadurch eine Besserung zu erzielen.

Truhart macht zunächst darauf aufmerksam, dass im Dubliner anatomischen Museum ein Skelett mit typischen Zeichen des pathologischen Riesenwuchses vom Jahre 1705 steht. Er betont ferner, dass es neben Proliferationsgeschwülsten der Hypophysis vorzugsweise atrophische Zustände der Drüse waren, die zur Beobachtung kamen, auch bei scheinbarer Hypertrophie des Organes. In Bezug auf das Erlöschen der sexuellen Funktionen muss eine spezifische Störung angenommen werden, nicht etwa nur eine solche, welche auf die allgemeine Herabsetzung der Kräfte zu beziehen wäre. Er erinnert daran, dass bei Krankheiten, die zu hochgradiger allgemeiner Entkräftung führen, wie die Phthise, der Geschlechtstrieb oft unverändert, ja sogar stark gesteigert sein kann. Was die Magenstörungen anbetrifft, so sind sie nicht allein durch die Verengerung der knöcheruen Foramina und deren Folgen erklärbar, sondern meist durch direkten Druck auf das Chiasma und die benachbarten Augennerven. In der Hälfte der Fälle sind Augenstörungen zur Beobachtung gekommen, im wesentlichen Druckerscheinungen (auf das Chiasma, von seiten des N. opticus, N. oculomotorius etc.), ferner leichter Exophthalmus infolge Zunahme des orbitalen Fettgewebes, scheinbarer Enophthalmus durch Zunahme der Dimensionen der Lider, des knöchernen Supraorbitalbogens etc. Beobachtet worden ist Pupillenerweiterung, ebenfalls durch Drucklähmung des N. oculomotorius, in vereinzelten Fällen hingegen bilaterale Myosis (wohl zurückzuführen auf Störungen im Kerngebiet des Oculomotorius am Boden des III. Ventrikels, Druck auf das Infundibulum, Verdickung des Ependyms, welche wiederum zu Reizung der Kernregion führt). Ebenso muss wohl die Glycosurie (alimentär) auf Reizung durch Ependymerkrankung des IV. Ventrikels bezogen werden. Fast typisch ist in ausgesprochenen Fällen die bitemporale Hemianopsie, hervorgerufen durch den Druck der vergrösserten Hypophysis auf das Chiasma. Doch kommen auch einseitige Störungen des Gesichtsfeldes vor, zufolge des Druckes auf den einen oder anderen Opticusstamm. Die Akromegalie kann in seltenen Fällen auch einseitig auftreten, dann ist auch einseitige Vergrösserung des Bulbi in toto beobachtet. Ferner sind zur Beobachtung gekommen rein centrale Störungen: im Orientierungsvermögen (Erkrankung des Vorderhirns), anamnestische Aphasie, motorische Alexie, centrale Gesichtsfeldstörungen. Endlich peripher auch Supraorbital- und Gesichtsneuralgien infolge des Druckes auf den Trigeminus u. s. w.

Klau: Es giebt noch ältere Fälle als der von Truhart angeführte. Sternberg nennt ein Bildniss aus dem Jahre 1553, welches fraglos einen Akromegalen darstellt. In Bezug auf das Erlöschen der Sexualfunktion, hat auch er auf die Spezifität der Funktionsstörung hingewiesen, ebenso hervorgehoben, dass es sich immer um eine Unterfunktion der Drüse handelt, gleichviel ob makroskopisch eine scheinbare Hypertrophie oder Atrophie besteht. Was die zentralen Störungen anbetrifft, hat K. wegen der Menge des Stoffes nicht weiter drauf eingehen können. Hirnsymptome sind nicht notwendig, fehlen häufig völlig. In Bezug auf den Ursprung der Paraesthesien sind die Ansichten geteilt.

Sekretär: Dr. Th. Lackschewitz.

Vermischtes.

— Zum Direktor und Oberarzt des hiesigen klinischen Elisabeth-Kinderhospitals ist der ältere Arzt des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg, Konsultant für innere Krankheiten bei den Anstalten der Kaiserin Maria und Arzt der St. Petersburger Schule des St. Katharinenordens, wirkl. Staatsrat Dr. Russow, ernannt worden.

— Der Oberarzt des St. Petersb. Börsen-Barackenhospitals zum Gedächtnis Kaiser Alexander II., Spezialist der Pokrowschen Gemeinschaft barmherziger Schwestern und Arzt des Berginstituts, Staatsrat Dr. Fomin, ist auf eigenes Ersuchen der erstgenannten Stellung enthoben worden. Zu seinem Nachfolger am Börsenhospital ist, wie wir bereits in der vorigen Nr. mitteilten, Dr. Dombrowski gewählt worden.

— An der Universität Kasan ist der Prof. ord. der speziellen Pathologie und Therapie Dr. Sasezki — auf den Lehrstuhl der therapeutischen Hospitalklinik und der Prof. ord. der med. Diagnostik Dr. Kasem-Bek — auf den Lehrstuhl der therapeutischen Fakultätsklinik übergeführt worden.

— Die medizinische Fakultät der Odessaer Universität, hat den Privatdozenten Dr. F. Bukojemski zum Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie gewählt.

— In Charkow beging zu Ende des vorigen Jahres der dortige Stadtarzt Dr. F. Pisnjatschewski, das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit.

— In der wiedererstandenen Gesellschaft der Aerzte in Kielce wurden in den Vorstand gewählt: Dr. Tschaplizki — zum Präses, Dr. Ljaskowski — zum Vizepräses, Dr. Jedlizki — zum Sekretär und Dr. Schenk — zum Bibliothekar.

(Gazeta lekarsga — R. Wr.).

— Ordensverleihungen: Der St. Annen-Orden II. Klasse — dem Direktor des St. Andreas-Kinderasyls i. St. Petersb., Dr. Heinr. Taube; dem ält. Arzt des St. Pet. Nikolai-Kinderhospitals, Dr. Victor Feldt und dem jüng. Ordinator des klinischen Elisabeth-Kinderhospitals, Dr. Moses Abelmann.

Der St. Stanislaus-Orden II. Klasse — dem älteren Arzt der Kais. Gesellschaft zur Erziehung adliger Fräulein, Dr. Ferd. Weyert.

Digitized by Google

— Ausländische Orden: Der Oberarzt des Preobrashenski-Krankenhauses in Moskau, Dr. Bashenow, ist von der französischen Regierung mit dem Orden der Ehrenlegion und der Korpsarzt des 2. sibirischen Armeekorps, Geheimrat Dr. Udinski, ist von der chinesischen Regierung mit dem Orden des doppelten Drachen II. Klasse dekoriert worden.

— Unserem Landsmann, dem früheren Dorpater, gegenwärtig Königsberger Professor der Anatomie, Geh. Medizinalrat Dr. Ludwig Stieda, ist der preussische Kronenorden III. Klasse verliehen worden.

— Verabschiedet: Der ältere Arzt des Wetlugaschen Reservebataillons Dr. Idelson, auf eigenes Ersuchen, und der ältere Arzt des Serabalakschen Reservebataillons Dr. Rennard, krankheitshalber — beide unter Beförderung zum Staatsrat.

— Zum Kirchspielsarzt in Camby (Livland) ist, an Stelle des verstorbenen Dr. Maurach, der in Oberpahlen freipraktizierende Dr. E. Krupp gewählt worden.

— Der bekannte Physiologe Prof. Dr. v. Kries in Freiburg, der durch eine wertvolle Schrift über die Causalität die juristische Literatur bereichert hat, ist von der Marburger juristischen Fakultät zum Ehrendoktor ernannt worden.

(A. m. Z.-Ztg.).

— Verstorben: 1) Am 20. Dezember in Tiflis der dortige Arzt Dr. Stephan Ananow im Alter von 60 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher seit 1867 als Arzt tätig gewesen ist, leitete längere Zeit das örtliche Hebammeninstitut und war in den letzten Jahren auch Präsident der Kaukasischen medizinischen Gesellschaft. — 2) In Wirballen der langjährige Warschauer Arzt Dr. Wladislaw Sipnewski im 68. Lebensjahre nach fast 45 jähriger ärztlicher Tätigkeit. — 3) In Pereslawl-Saleski (Gouv. Wladimir) der dortige Kreisarzt Dr. Woldemar Schill im 46. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene seit 1868 ausgeübt, anfangs als Stadtarzt, dann als Kreisarzt in der obengenannten Stadt. 4) Am 10. Januar im Kirchdorfe Ramenskoje (Gouv. Moskau) der dortige Fabrikarzt Dr. Alexander Vogeler im Alter von 60 Jahren. V. begann seine ärztliche Tätigkeit bereits vor 37 Jahren und fungierte auch als Arzt in der chirurgischen Heilanstalt mit beständigen Betten der Aerzte Postnikow und Ssumarokow in Moskau. 5) In Amsterdam der bekannte Professor der Ohrenheilkunde Dr. Guye. 6) In Lüttich der ehemalige Professor der Pharmakologie und gerichtlichen Medizin, Dr. J. van Aubel.

— Zum Nachfolger von Prof. Dr. Friedrich Moritz auf dem Lehrstuhl der Therapie und als Direktor der medizinischen Klinik an der Universität Greifswald ist der Professor für innere Medizin an der Akademie für praktische Medizin in Köln, Dr. Oskar Minkowski, berufen worden. Prof. Minkowski stammt aus Alexoten bei Kowno und machte seine Studien in Königsberg, wo er nach Erlangung des Doktorgrades Assistent von Prof. Naunyn war, dem er bei dessen Uebersiedelung an die Strassburger Universität folgte, um dort als Privatdozent und Assistent zu fungieren.

— Zum ersten Direktor des Institut Pasteur wurde, an Stelle des verstorbenen Prof. Duclaux, der bisherige zweite Direktor dieses Instituts Dr. Chamberland gewählt.

— Dr. Theodor Czernay, der etwa ein Jahr vor dem Ausbruch des Krieges von Mitau in den Fernen Osten als Marinearzt ging und zuletzt auf dem Kanonenbote «Bobr» diente, hat, wie die «Lib. Ztg.» aus der Liste der Ueberlebenden in Port Arthur entnimmt, die furchtbaren Strapazen der Belagerung glücklich überstanden.

— Dr. Mich. Lewitan ist vor Kurzem zur Wiederherstellung seiner Gesundheit vom Kriegsschauplatz nach Riga zurückgekehrt. Er hat sich an der Schlacht bei Liaojang beteiligt, wurde dort durch einen Schrapnellsplitter verwundet und ist mit dem Stanislaus-Orden II. Klasse belohnt worden.

— Aus der Embachstadt hat sich am 24. Januar Dr. Theodor Lackschewitz auf den Kriegsschauplatz begeben, wo er als Arzt in der Prof. v. Zoegeschen Kolonne fungieren wird.

— Aus Reval ist Dr. Ludwig Baron Maydell und aus Riga Dr. Daniel Lewinowitsch zum aktiven Dienst einberufen worden.

— Das Komitee des Evangelischen Feldlazaretts hat nach der «St. P. Z.» den einstimmigen Beschluss gefasst, die Normalzahl der Betten im Lazarett von 100 auf 150 zu erhöhen. Mit diesem Beschluss kam das Komitee den wiederholt geäusserten Wünschen des Oberarztes Dr. O. v. Schiemann entgegen, der auch bei dieser Vermehrung der Bettenzahl keines weiteren Zuwachses an Personal zu bedürfen versichert, um so mehr, als die vorhandenen Arbeitskräfte ebenfalls diese Erhöhung der Bettenzahl und damit vermehrte Aufgaben und Pflichten dringend herbeisehnten.

— Für das Evangelische Feldlazarett, welches den Ruf geniesst, das besteingerichtete im Fernen Osten zu sein, sind bisher an Spenden 286,000 Rbl. eingegangen, von denen bereits 150,000 Rbl. verausgabt werden sind.

— Universitätsjubiläen. Am 12. Januar vollendeten sich 150 Jahre seit der Gründung der Moskauer Universität und am 15. Januar 100 Jahre seit dem Bestehen der Charkower Universität. Beide Jubiläen sind in Anbetracht der Zeitereignisse ohne offizielle Feiern vorübergegangen. Nicht ausgeblieben sind die traditionellen Jahresberichte, denen wir die nachstehenden statistischen Daten für das verflossene Jahr 1904 entnehmen. Die Moskauer Universität zählte zum 1. Januar 1905 5489 Studierende (darunter 1349 Mediziner), 140 freie Zuhörer und 181 Apothekergehülfen. Den Kursus absolvierten 806, vor Beendigung ihrer Studien verliessen die Universität 327. Der Lehrkörper bestand aus 72 ordentlichen Professoren (davon in der medizinischen Fakultät 25), 17 ausserordentlichen Professoren (in der med. Fak. 9), Privatdozenten in allen Fakultäten zusammen 224, Prosektoren 5, Lektoren 3, Astronomen 1, insgesammt aus 322 Personen. — Die Charkower Universität zählte am 1. Januar 1904 insgesammt 1486 Studierende und 122 freie Zuhörer. Neuaufgenommen wurden 644 Studenten und 64 freie Zuhörer. Das Lehrpersonal bestand aus 144 Personen.

— Die Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau hielt in der vorigen Woche ihre Jahresversammlung unter dem Vorsitz von Dr. J. Ssarytschew ab. Nach dem Rechenschaftsbericht für das verflossene Jahr betrug die Zahl der Mitglieder 87. Die Einnahmen beliefen sich auf 9852 Rbl., die Ausgaben auf 9182 Rbl. — Der Verein verfügt über ein Kapital von ca. 40,000 Rbl. Vom Februar an gedenkt die Gesellschaft ein eigenes Journal unter dem Titel «Medizinskoje Obosrenije» herauszugeben. Der bisherige Präsident wurde für's nächste Jahr wiedergewählt.

— Die Konzession zur Herausgabe eines neuen alle 2 Monate erscheinenden pharmazeutischen Fachblattes ist dem Privatdozenten der Moskauer Universität Dr. med. Schtscherbatschew und dem Mag. pharm. Althausen erteilt worden.

— Dr. Unna's Kurse über alle Gebiete der Dermatologie finden zu Hamburg, Osterstrasse 129, im Frühjahr und Herbst je 3 Wochen hindurch statt. Die Kurse werden abgehalten in dem neuerbauten Dermatologicum, welches mit einem grossen, mit epidiaskopischem Projektionsapparat (Zeiss) versehenen Hörsaal ausgestattet ist. Ausserdem sind spezielle Arbeits- und Hörräume vorhanden für Histologie, Bakteriologie, Photographie und Finsentherapie; die Kurse berühren alle wichtigen Gebiete der Dermatologie unter spezieller Berücksichtigung der Histopathologie und der sich auf ihr aufbauenden Diagnose und Therapie.

Es finden folgende Vorlesungen statt:

Bargum: Normale Histologie der Haut, mit epidiaskopischen Projektionen. (2 St.)

Delbanco: Histopathologie der Haut, mit epidiaskopischen Projektionen. (3 St.)

Dreuw: Photographie; Mikroprojektion. (4 St.)

Krause: Bakteriologie. (2 St.)

Histologische Technik mit Uebungen. (8 St.)

Leistikow: Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. (2 St.)

Levi: Dermatotherapeutische Präparate. (2 St.)

Pappenheim: Theorie der Färbung. (2 St.)

Unna: Allgemeine Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Mit epidiaskopischen Projektionen. (2 St.)

Poliklinische Demonstrationen. (3 St.)

Wulff: Urologie. (2 St.)

Das Honorar für den Gesamtkursus beträgt 120 M., für einzelne Kurse 20 M.; Plätze für histologisches Arbeiten stehen ausserhalb der Zeit des Kurses zur Verfügung. Gebühr pro Monat 30 M. Wohnungen werden nachgewiesen durch den Institutspräparator Krüger, Osterstrasse 129.

Der nächste Kursus findet vom 27. März bis 15. April 1905 statt. Spezielle Auskunft erteilt Dr. Dreuw, Altona, Schulterblatt 143.

— Zur Einrichtung eines Instituts für wissenschaftliche Krebsforschung an der Heidelberger Universität haben der Herausgeber der deutschen Revue, Dr. Richard Fleischer 150,000 Mark, der Düsseldorfer Landrat Ebbinghaus 150,000 Mk. und die Baronin Rothschild 100,000 Mk. zur Verfügung gestellt. Die badische Regierung hat ein passendes Gelände für das Institut hergegeben und die Mittel zur Erhaltung der Anstalt zugesichert.

— Unfallversicherung. Seit dem 1. Oktober 1904 sind an der Universität Göttingen die Studenten der

Digitized by Google

Medizin und Zahnheilkunde, der Naturwissenschaften mit Einschluss der Pharmazie und Landwirtschaft, sowie die Hörer und Hörerinnen von Vorlesungen der genannten Fächer gegen Unfälle versichert, die ihnen zustossen in den Lehrgebäuden und auf dem Gebiete der Universität während der Vorlesungen, Uebungen u. s. w. in den Universitätsanstalten, auf dem Hin- und Rückwege, sowie bei Ausflügen ausserhalb der Hochschule, insofern diese Ausflüge oder Reisen unter der Leitung und in Gegenwart eines Mitgliedes des Lehrkörpers der Universität unternommen werden. Die Versicherung ist abgeschlossen für den Fall dauernder Invalidität auf 20,000 M., für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vom 57. Tage an auf 4 M. den Tag. Die Versicherungsprämie beträgt 1 M. im Semester für jeden Versicherten.

— Epidemiologisches. An Milzbrand sind im Wjatkaschen Gouvernement vom 12.—18. Januar 11 Neuerkrankungen konstatiert. — Laut amtlicher Meldung ist in der Woche vom 11.—17. Januar c. im ganzen Russischen Reiche nur ein Cholerafall, und zwar in der Stadt Nachitschewan (Gouv. Eriwan) vorgekommen. Da jedoch das Wiederauftreten der Cholera im Frühling zu erwarten ist, so hat der Minister des Innern durch ein Zirkulär an die Verwaltung des Ober-Medizinalinspektors und die Gouverneure vorgeschrieben, energische Massregeln zur Verhütung und Bekämpfung der Seuche rechtzeitig zu ergreifen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Jan. d. J. 9709 (137 mehr als in d. Vorw.), darunter 623 Typhus — (12 mehr). 921 Syphilis — (42 mehr), 282 Scharlach — (1 wen.), 80 Diphtherie — (29 wen.), 45 Masern — (5 mehr) und 14 Pockenkranke — (5 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis zum 15. Januar 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
702	467	1169	292	118	178	16	20	67	132	102	101	86	98	55	18	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 37, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 10, Scharlach 15, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 56, Erysipelas 5, Grippe 11, Katarrhalische Lungenentzündung 164, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 17, Tuberkulose der Lungen 118, Tuberkulose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 72, Marasmus senilis 36, Krankheiten des Verdauungskanals 186, Totgeborene 35.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 8. Febr. 1905.

Tagesordnung: Dobbert: Ueber operative Myomtherapie.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 14. Febr. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:

Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:

Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:

Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:

Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel**, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik**, Apotheker, Kiew. **Paul Seebode**, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein**, Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (1) 26—22.

EISENACH
KURANSTALT HAINSTEIN
NAHE DER WARTBURG
DAS GANZE JAHR GEÖFFNET
LEITENDER ARZT DR. HESS.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. Koeniger.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Minna Rieser, geb. Franke. Старый Петергофскій просп. д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Digitized by Google

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT a/M.

EUCHININ entbittertes Chinin.
SALOCHININ Antineuralgicum.
SALOCHININ SALICYLIC. Antirheumaticum.
ARISTOCHIN Antipyreticum.
CHINAPHENIN Antipyreticum und Antineuralgicum.

EUNATROL Cholagogum.
VALIDOL Analeptic., Antihysteric., Stomachicum.
UROSIN gegen Gicht und Harnsäure-Diathese.
FORTOIN Antidiarrhoicum.
DYMAL Antisept. Wundstreupulv.

LYGOSIN-PRÄPARATE:
LYGOSIN-CHININ Antisepticum. LYGOSIN-NATRIUM Antigonorrhoicum. (9) 0—1.

Proben nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

NATÜRLICHE MINERALWASSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (2) 18—15.

Duotal

Duotal „Heyden“, ein vollständig geruch- und geschmackloses Guajakol-Präparat, enthält über 90 % gebundenes, im Körper sich abspaltendes, also wirksames Guajakol. Ohne jegliche Gift- und Aetzwirkung; wird selbst von den empfindlichsten Patienten gern genommen und gut vertragen. Vorzügliches Mittel gegen **Lungen-Tuberkulose** und **chronische Katarrhe der Atmungsorgane. Darmantiseptikum** bei **Typhus** und **Enteritis.**

Duotal-Tabletten „Heyden“ zu 0,3 und 0,5 g.

Salocreol

Verbindung der wirksamen Bestandteile des Kreosots mit Salicylsäure. Zur äusserlichen Behandlung von **Muskel- und Gelenk-Rheumatismus, Arthritis deformans. Erysipelas, Lymphadenitiden** und **skrofulösen Drüsenanschwellungen.** Lokale Einreibungen oder Einpinselungen von 3 bis 15 g ein- oder mehrmals täglich, bis zu 30 g pro die.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,
oder deren Vertreter: (22) 10—2.
R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nerven-, Morphium-, Alkohol- etc. Kranke
Gegründet 1890 **B.-Baden** Gegründet 1890
Mildeste Form der Morphium-Entziehung ohne Zwang und Qualen unter sofortigem Wegfall der Spritze in 4—6 Wochen.
Prospekte kostenlos (Geisteskranke ausgeschlossen.)
Bes. u. dirig. Arzt Dr. Arthur Meyer. 2 Aerzte.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.
Lydia Duvan, Вас. Остр., 1 лин., д. 20 кв. 17.
Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins,
Maximilianowsky Pereulok, 11.
verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege nothwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.
Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.
Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Дозв. ценз. Спб., 29 Января 1906 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
MAR 20 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 5 St. Petersburg, den 5. (18.) Februar. **1905.**

Inhalt: Dr. S. Unterberger: Der konstitutionelle Faktor in der Schwindsuchtsfrage. — Dr. B. Laquer: Ueber Winterkuren im Hochgebirge. — Nachtrag zum Referat: Buller und Casey Wood. Methylalkoholvergiftungen. — Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Der konstitutionelle Faktor in der Schwindsuchtsfrage.

Von

Dr. S. Unterberger.

Die Tuberkulose im Frühstadium gehört zu den am leichtesten zu heilenden Infektionskrankheiten. Dieser Ausspruch Grancher's im Juli 1901 auf der Tuberkulose-Konferenz in London veranlasste v. Leyden zur Aeusserung «Selig sind, die da glauben». Und doch hat Grancher bis zu einem gewissen Grade nicht ganz Unrecht.

Der oesterreichische Militärarzt Franz hat an Soldaten von zwei Regimentern Tuberkulin-Injektionen gemacht mit kleinen Dosen von 1—3 mgm., welche Dose nur im Wiederholungsfalle auf 5 mgm. gesteigert wurde. Trotzdem und trotz der Tatsache, dass es sich um die gesunden Individuen der Bevölkerung handelte, fand er bei dem einen Regiment im ersten Dienstjahre 61 pCt. Tuberkulosefälle und im zweiten Dienstjahre 68 pCt. Franz meinte, dass er bei Anwendung der ursprünglich von Koch empfohlenen Prüfungsdosis in der Höhe von 1 cgm. Tuberkulin annähernd die Naegeli'sche Leichenstatistik erzielt hätte.

Auf Grund der diagnostischen Bedeutung der Koch'schen Bazillen und unter Zuhilfenahme aller bekannten Erkennungsmittel hat Naegeli in Zürich unter Prof. Ribbert's Leitung keine Leiche von Menschen, die im Alter von mehr als 30 Jahren gestorben waren, ohne Zeichen einer stattgefundenen Infektion mit Tuberkulosevirus gefunden. Diese Resultate sind von pathologischen Anatomen in anderen Städten verifiziert worden.

Bei Tieren finden wir ja ähnliche Beobachtungen. Interessant in dieser Beziehung ist der Fall, den Prof. Nocard beschreibt. Ein Stier erhält auf einer Ausstellung für Schönheit der Formen bei kräftigem, gutem Ernährungszustande den ersten Preis und beim Schlachten findet man bei ihm eine tuberkulöse Drüse!

Bei einer solchen Verbreitung von ausgeheilten, lokalen Tuberkuloseprozessen in den Lungen (Naegeli bezeichnet sie als latent inaktive Tuberkulose), die da ausheilten, ohne im Hospital speziell behandelt worden zu sein, geschweige denn in Sanatorien Unterkunft gefunden zu haben — da muss man Grancher Recht geben, wenn er die Tuberkulose zu den am leichtesten zu heilenden Infektionskrankheiten zählte. Wenn nun aber in den meisten Fällen die lokalen Prozesse in den Lungen gut heilen und die Arbeitsfähigkeit der Menschen nicht sonderlich stören, so lässt sich das nicht behaupten von den vielen tuberkulösen Lungenprozessen, die wir gewöhnlich unter dem Bilde der Lungenschwindsucht (letale Tuberkulose nach Naegeli) zur Behandlung erhalten. Grancher hat bei seiner Aeusserung gewiss nicht diese Form der Lungentuberkulose im Auge gehabt, als er den vorerwähnten Ausspruch tat.

Ein Unterschied zwischen diesen beiden Formen, der latent inaktiven (abgeheilte Affektion) und der letalen Tuberkulose ist evident. Wie lässt er sich erklären?

Nachdem nach Cornet die von Kranken ausgehusteten Tuberkulosebazillen in getrocknetem Zustande überall durch Einatmen derselben Schwindsucht erzeugen und dieser Weg als der einzige zur Verbreitung und Entstehung der Schwindsucht Anerkennung gefunden, trat einige Jahre später Flügge auf mit der Behauptung, dass die Cornet'sche Theorie wenig haltbar sei, die meisten Bazillen seien tot, die Tuberkulose verbreite sich vorherrschend beim Sprechen mit tuberkulösen Kranken vermittelst der Bazillen enthaltenden Tröpfchen (Tröpfchen-Theorie). Nachdem hierauf die beiden ausgezeichneten Forscher sich gegenseitig überzeugend widerlegt hatten in einer, wie Volland sich ausdrückte, in wahrem Sinne des Wortes luftreinigenden Controverse, trat wiederum ein hervorragender Forscher auf, nämlich Behring, und erklärte, weder die Inhalations- noch die Tröpfchentheorie sind die wahren Ursachen der Verbreitung der Tuberkulose resp. Schwindsucht, sondern die Milch der tuberkulösen Kühe ist die eigentliche Quelle der Verbreitung und Entstehung der Tuberkulose.

Digitized by Google

Bei so widersprechenden Anschauungen der ersten Forscher in diesen Fragen, wird der praktische Arzt ganz stutzig gemacht und weiss nicht, woran er schliesslich glauben soll, wie er bei der Bekämpfung der Schwindsucht vorzugehen hat.

Gegen die Immunmilch von Behring, durch welche die Tuberkulose am sichersten bekämpft werden sollte, haben sich wohl die meisten gelehrten und praktischen Tuberkuloseforscher ausgesprochen. Gegen die Tröpfchentheorie ist ausser Cornet und Behring in letzter Zeit Prof. Saugmann aufgetreten. Von 174 gesunden Aerzten, die durchschnittlich 3 Jahre im Sanatorium arbeiteten und deren Schicksal noch durchschnittlich $3^1/_2$ Jahre weiterverfolgt wurde, ist keiner an Tuberkulose gestorben, 5 sind an anderweitigen Krankheiten gestorben, 167 sind gesund geblieben, 2 sind tuberkulös erkrankt (latente Form), jetzt aber wieder gesund.

Gestützt auf zahlreiche Tierexperimente, die aber meist unter unnatürlichen Verhältnissen bazillenhaltigen Staub einatmen mussten und Tuberkeln in den Lungen der Meerschweinchen und Kaninchen erzeugten, fand diese aërogene Theorie die meisten Anhänger. Menschenexperimente waren tot geschwiegen. Zu diesen muss ich vor allem die Beobachtungen von Haupt, Michaelis u. a. aus den seinerzeit renomierten Badeorten für Schwindsüchtige, Soden, Ems, Rehburg u. a. anführen: Milliarden von Tuberkelbazillen wurden durch Sputum auf den Promenaden und in den Wohnungen dieser Kurorte verstreut und trotzdem erholten sich die meisten Kranken und wurden auch gesund; unter den Einwohnern aber wurden nur in Ausnahmefällen Schwindsüchtige konstatiert und nur da, wo die Schwindsucht in der Familie bereits vorkam. Dabei war von einer Desinfektion keine Rede. Eine ähnliche Sprache sprechen die Statistiken bei Erkrankungen der Eheleute an Tuberkulose, nachdem der eine Teil gestorben. Brehmer fand in 159 Ehen, Haupt in 200 Ehen 12 pCt., Cornet bei 594 Ehen in 23 pCt. der Fälle beide Ehegatten tuberkulös; Jacob und Pannwitz in 8 pCt., Meissen in 5 pCt. der Ehen.

Trotz der klaren und überzeugenden Einwände gegen die einseitigen Anschauungen der orthodoxen Bakteriologen von Seiten Virchow's, Hueppe's, Gottsteins, Martius', Reibmayers, Nauss' u. a., dass Erreger, Reize, auslösende Momente überhaupt im Stande sind nur vorhandene Krankheitsanlagen auszulösen, blieben die Führer und Leiter in der Tuberkulosefrage auf allen Konferenzen bei ihrer Meinung und fuhren fort die Exposition an Stelle der Disposition zu stellen. Die Begriffe von Entstehung der Krankheiten blieben andauernd ganz unberücksichtigt.

Die rationelle Auffassung über Pathogenese der Krankheiten speziell der Schwindsucht, ist neuerdings endlich zum entscheidenden Kampfe herausgefordert und zwar durch die Naegeli'schen Untersuchungen.

Auf Grund der Resultate an dem Material von 500 Sektionen des Züricher pathologischen Instituts behauptet Naegeli: «Jeder Erwachsene ist tuberkulös». Dieses Resultat, weit entfernt davon uns zu erschrecken, birgt vielmehr Trost und Hoffnung in sich, denn da erfahrungsgemäss nicht mehr als ein $^1/_7$ bis $^1/_6$ der Menschen der schrecklichen Krankheit zum Opfer fällt, so ergiebt sich daraus, dass weitaus die Mehrzahl imstande ist, den Kampf mit der Tuberkulose siegreich durchzuführen und die Sturmflut der Bazillen durch die natürlichen Schutzwehren des Organismus einzudämmen und zur Ruhe zu bringen. Es eröffnet sich dadurch auch eine rationelle Therapie, die Hoffnung auf Erfolg hat, indem unsere Resultate zeigen, wie ausserordentlich oft der Körper vermöge seiner natürlichen Schutzeinrichtungen die eingedrungenen Tuberkelbazillen vernichten kann.

In schlagender Weise erhellt ferner aus dem Verhältnis der letalen zu der latenten Tuberkulose die ungleich grössere Wichtigkeit der Disposition des Körpers, als die der Infektionsmöglichkeit. «Da eben nach den Resultaten der Statistik mit dem 18. Jahre so gut wie alle Menschen bereits mit Tuberkulose infiziert sind, so ist für den letalen Ausgang des Leidens nicht die Infektion, sondern in weit höherem Grade die Disposition entscheidend.

«Wenn die Infektionsmöglichkeit, sagt Schlüter [1]), eine so grosse ist, dass nur ein minimaler Bruchteil der erwachsenen Menschen ihr entgehen könnte und wenn dann die stattgehabte Infektion bei den einzelnen Individuen so auffallend verschiedene Folgen hat, dass z. B. nur ein Bruchteil aller Infizierten klinisch als tuberkulös erkrankt angesehen werden kann, während ein anderer Teil rapide der Infektion erliegt und ein noch weit grösserer Bruchteil im ärztlich-klinischen Sinne gesund bleibt, so schliesse ich mit Naegeli, dass die Widerstandsfähigkeit der Individuen gegen die Infektion doch ganz erhebliche Unterschiede aufweist.

Von Seiten der Bakteriologen sind nun gegen diese Schlussfolgerungen vor allem folgende Einwände erhoben worden.

Es wurden Einwände erhoben in der Behauptung der Existenz einer verschieden grossen Stärke der Infektion. Nicht die Anlage, sondern eine verschieden starke Quantität der Erreger konnte sehr wohl die auffallenden Unterschiede in den Erfolgen der Infektion erklären.

Die Menge der anwesenden Bazillen, sagt hierauf Naegeli, kann nicht ausschlaggebender Faktor sein, da viele bazillenreiche Herde ebenfalls nicht selten die ausgesprochenste Tendenz zur Heilung zeigen, während umgekehrt z. B. die grosszellige Lymphdrüsentuberkulose bei spärlichen Bakterien und starker Ausheilungsneigung sich über viele Jahre hinziehen kann. Der Begriff einer Disposition kann nicht umgangen werden und diese Disposition ist die Hauptsache in der ganzen Frage.

Ferner könnte angeführt werden, dass die Unterschiede im Erfolg der Infektion einem Virulenzunterschiede der Erreger zur Last zu legen seien, während Naegeli sie durch die Existenz verschiedener Grade der individuellen Disposition zu erklären versucht.

Kossel, Weber, Heuss veröffentlichten neuerdings wichtige Resultate über Versuche zur Klärung der Verhältnisse des Erregers der Perlsucht zu denen der menschlichen Tuberkulose. Die Autoren züchteten 41 Stämme von 40 Personen und entnahmen die Tuberkelbazillen aus den verschiedenen Organteilen des Menschen. Nach dem mehr oder minder grossen Effekt des Experiments im Tierkörper (Rind) werden die Impfresultate, beziehungsweise die dazu jeweils gebrauchten Stämme nach drei Gruppen geordnet. Gruppe I: gar kein oder nur minimales Impfresultat, kein Fortschreiten über die nächsten Lymphdrüsen. Gruppe II: Erheblichere Drüsenherde an verschiedenen Stellen. Gruppe III: 4 Stämme erzeugten im Tierversuch allgemeine disseminierte Tuberkulose, intravenöse Injektion damit tötete die Tiere akut.

Cornet will nun diesen Versuchen nicht die Bedeutung zumessen, die Naegeli ihnen zuschreibt, der sie durch die Existenz verschiedener Grade der individuellen Disposition erklärt. Was die verschiedene Viru-

[1]) Schlüter: Die Anlage zur Tuberkulose 1905. Folgende Quellenangaben sind entlehnt diesem hochinteressanten Werke, welches jedem, der sich mit der Tuberkulose beschäftigt, aufs wärmste zu empfehlen ist.

Digitized by Google

lenz der Tuberkelbazillen betrifft, so nimmt Cornet jetzt Stellung in dieser hochwichtigen Frage. Er wirft die Frage auf, ob wir berechtigt sind, solche Veränderungen, wie Schlenker, Naegeli, Burkhardt sie fanden, einer derzeitigen oder früheren Tuberkulose zuzuschreiben, die auch zur Verbreitung, zur tödlichen Lungenschwindsucht hätte führen können und, sich stützend auf die obenangeführten akuten Untersuchungen, verneint er sie. Denn wer bürgt dafür, meint Cornet, «in wie vielen Fällen davon es sich lediglich um die Residuen eines im Ganzen harmlosen Prozesses, verursacht durch wenig pathogene Tuberkelbazillen, gehandelt hat, die bei gewissen Tierarten und beim Menschen überhaupt nur eine sehr beschränkte Entwickelungsfähigkeit haben, oder gar nur als spezifisch giftige Fremdkörper, aber nicht als eigentliche Infektionskeime wirken».

Cornet behauptet also jetzt: Es giebt Tuberkelbazillen, die im Menschen nicht als eigentliche Infektionskeime wirken!

Das ist ein höchst überraschender und sehr interessanter Ausspruch! Er ist um so bemerkenswerter, weil er nicht von einem Dispositionsfanatiker stammt, sondern im Gegenteil von einem Bazillenfanatiker. Der hervorragende Forscher und bedeutende Führer auf dem Gebiete der Tuberkulose, Cornet, der in seinem grossen Werke noch so fanatisch sich aussprach für die Inhalationstheorie als einzige Ursache der Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose, und sich in seinem Ideengange hinreissen liess zu der Aeusserung, dass sogar ein Bazillus imstande sein könnte, Schwindsucht zu erzeugen, behauptet jetzt: die Tuberkelbazillen sind nicht stets Infektionskeime!

Wenn alle Fehlerquellen in den Arbeiten der citirten drei Forscher auszuschliessen sind, darf nach Schlüter mit Recht auf eine verschiedene Virulenz der Tuberkelbazillen geschlossen werden, aber dass dabei nicht lediglich die verschiedene Virulenz der Tuberkelbazillenstämme es ist, wie Cornet den Schluss zieht, welche den so eminent verschiedenen Verlauf der menschlichen Tuberkulose, von den minimalen latenten Herden Naegeli's bis zu den schweren rasch tödlichen Fällen, erklärt, sondern dass die Differenzen in der individuellen Disposition der Versuchstiere eine Hauptrolle spielen, steht ausser Frage. Die Versuche zeigen aber auch deutlich, wie der auslösende Faktor, die Infektion, eine variable Grösse darstellt.

Es ist hier am Platz ein paar Aeusserungen anzuführen, die vor langer Zeit gemacht, aber nicht die nötige Würdigung gefunden haben. Prof. Ribbert schreibt im Jahre 1900: «Nun lässt man freilich wohl die Disposition im allgemeinen gelten, aber bei der Tuberkulose speziell will man nicht viel davon wissen und möchte die Verschiedenheit des Verlaufes auf die wechselnde Virulenz der Bazillen allein beziehen. Das halte ich für einseitig. Weshalb soll man denn nur den einen Faktor in Betracht ziehen? Ist denn der Organismus eine konstante Grösse und können nur die Bakterien sich verändern?... Was wissen wir denn über die wechselnde Virulenz der Tuberkelbazillen im Menschen? Sehr wenig. Aber nehmen wir einmal an, es kämen wirkliche durchgreifende Virulenzunterschiede vor und es würden bei Menschen mit leichter Tuberkulose stets abgeschwächte, bei schwer erkrankten immer vollvirulente gefunden, würde das auch nur das Geringste dafür beweisen, dass nun beide Kranke auch von Anfang an mit Bazillen entsprechender Virulenz infiziert worden seien? Durchaus nicht. Die Bazillen könnten im ersten Falle sehr wohl durch den nicht voll empfänglichen Körper abgeschwächt worden sein. Denn wir wissen ja, dass die Qualitätsänderungen des Nährbodens auch im Reagenzglas geeignet sind, die Virulenz herabzusetzen oder gar aufzuheben».

In ähnlicher Weise spricht sich auch Hueppe aus: «Die Bedingungen, unter denen die Bakterien leben, entscheiden darüber, ob dieselben veränderlich oder unveränderlich sind. Die Arten der Farben, Gährungen und Krankheiten erregenden Bakterien sind damit tatsächlich nicht als Arten im naturhistorischen Sinne, sondern als Ernährungsmodifikationen ermittelt. In Wirklichkeit passt sich der Bazillus den Bedingungen an und bleibt gleich, so lange diese gleich bleiben, ändert sich aber, wenn diese sich ändern».

Alles Angeführte berechtigt uns zum Schluss, dass die individuelle Anlage, ebenso wie die Erreger, eine variable, keine konstante Grösse sind und je nach den wechselnden Verhältnissen dieser beiden Grössen entsteht in Folge der Infektion eine im klinischen Sinne eigentliche tuberkulöse Erkrankung leicht, schwer oder gar nicht.

Eine jetzt unbestrittene Tatsache ist das Vorhandensein einer individuellen Disposition zur Tuberkulose und dieselbe kann acquiriert oder ererbt sein. Sehr oft wird eine Disposition zur Schwindsucht acquiriert durch Alkoholismus. Im grossen und ganzen sind es aber antisanitäre Verhältnisse, die am meisten daran Schuld tragen, denn wir sehen, wie die tuberkulösen Lungenkranken sich sofort zu erholen anfangen, sobald sie nur in gute sanitäre Verhältnisse kommen, auch ohne medikamentöse Behandlung.

Hereditär Disponierte geben die meisten Fälle von Phthise, diese Schlüsse sind neuerdings auch aus den sorgfältigen und wertvollen Arbeiten Riffel's gemacht worden. Schlüter hat aus ihnen Ahnentafeln zusammengesetzt, wo die gesamte Erbmasse des Einzelindividuums ganz und voll zum Ausdruck kommt. Es ist das ein Verdienst des Historikers Prof. Lorenz, dass wir einen neuen Weg, die Verwendung der Ahnentafel, betreten haben, um in der Frage der Erblichkeit pathologischer Anlagen weiterzukommen. Denn nur um pathologische Anlagen, Anamalien, Schwächen der Konstitution kann es sich bei der echten Vererbung handeln; die Krankheit selbst ist ein Vorgang und als solcher niemals erblich. In den Ahnentafeln steckt die ganze Erbmasse des als Ausgangspunkt gewählten Individuums, die weiblichen Ahnen sind vollständig darin enthalten.

Die Stammbäume dagegen verzeichnen nur solche Mitglieder, die denselben Familiennamen führen, und scheiden mithin diejenigen weiblichen Mitglieder aus, welche durch Heirat einer anderen Familie und mithin einem anderen Stammbaume angereiht worden sind. Der Stammbaum geht also herab von einem Stammvater zu Kind und Kindeskindern; die Ahnentafel beginnt mit einem Individuum oder mehreren Geschwistern und steigt, die väterliche wie mütterliche Seite gleichmässig berücksichtigend, herauf zu den 2 Eltern, 4 Grosseltern, 8 Urgrosseltern u. s. w.

Es ist somit die Ahnentafel, weil sie die von den männlichen, wie von den weiblichen Ahnen kommenden Vererbungsmöglichkeiten zugleich veranschaulicht, zur Erblichkeitsforschung von der grössten Bedeutung.

Auf Grund von bakteriologischen Untersuchungen jüngster Zeit und auf Grund der Erfahrungen des praktischen Lebens können wir unsere Frage «wie die latenten und letalen Fälle zu erklären sind» nicht anders beantworten als auf folgende Weise:

1) Die latente und letale Tuberkulose sind nicht wesentlich, sondern nur graduell verschieden.

Digitized by Google

2) **Erreger wie individuelle Anlage sind variable, keine konstanten Grössen und je nach dem wechselnden Verhältnisse dieser beiden Grössen entsteht in Folge der Infektion eine im klinischen Sinne eigentliche tuberkulöse Erkrankung leicht, schwer oder gar nicht.**

3) **Die ausgehusteten Bazillen sind wahrscheinlich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle schon dem Saprophyten-Zustande[2]) sehr nahe Infektionskeime und rufen bei kräftigen Menschen meist latente inactive Tuberkulose hervor.**

4) **Zum Zustandekommen der Schwindsucht spielt die hereditäre Anlage die Hauptrolle.**

Die Direktive für unser Handeln im erfolgreichen Kampfe mit der Schwindsucht ist klar vorgezeichnet: **wir müssen vor allem den konstitutionellen Faktor im Organismus kräftigen und stählen**, um vorzubeugen einer zu acquirierenden Anlage oder die hereditäre Anlage zu bekämpfen.

Die **Jagd nach Bazillen** kommt in **zweiter Linie**. Man muss sie vernichten, wo man ihrer habhaft wird, aber nicht vergessen, dass die ausgehusteten Bazillen nicht so viel Schaden bringen, wie die Bakteriologen es sich gedacht. Im gesunden Organismus kommen die Tuberkelbazillen nicht auf. Wer in einer tuberkulösen Familie **nur** sein Augenmerk richten wird auf die Vernichtung der Bazillen, wird oft erleben müssen, wie einer und der andere in der Familie an Tuberkulose zu Grunde geht.

Was geschieht nun zur Kräftigung des Körpers? Im Allgemeinen sehr wenig. **Worin aber besteht unser Handeln?** Meist im Streben, das Sputum zu vernichten und in der Anwendung fälschlicher Weise als spezifisch angepriesener Heilmittel.

Als Grund des gegenwärtigen Handelns wird stets angeführt, dass in Deutschland die Tuberkulose-Sterblichkeit abgenommen hat, dank den Massregeln, die man zur Vernichtung des Sputums Schwindsüchtiger unternommen. In Preussen ist nach v. **Leyden** (1904) seit dem Jahre 1890 bis zum Jahre 1902 die Tuberkulose-Mortalität gesunken von 28 auf 19. Nach **Ascher** ist nun diese Mortalitätsziffer stetig gesunken schon **vor** 1890 und zwar dank den Verbesserungen der Sanitätsverhältnisse, wie es derselbe Grund gewesen in London, wo dieselbe in 50 Jahren gesunken ist von 46 auf 16 pro Tausend. Dieses glänzende Resultat in London muss man **nur** der Verbesserung der sanitären Verhältnisse zuschreiben, weil von Sputum-Vernichtung zu der Zeit ja gar keine Rede war. Ausserdem müssen wir nicht vergessen, dass die Veröffentlichung der Verhaltungsmassregeln in Betreff der Beseitigung und Desinfektion des Sputums, **erst Ende** 1890 erfolgte, also unmöglich sofort überall befolgt werden konnte.

Die strikte Erfüllung dieser Vorschriften in Deutschland wird ja auch bis jetzt nicht überall streng eingehalten. Bis in die jüngste Zeit, schreibt **Weicker**, klagen die Inspektoren der Fabriken, dass immer noch nebenbei gespuckt wird. Es wird also in Deutschland meist «weiter gespuckt **nach Koch**, wie **vor Koch**!». Bei diesem Stande der Dinge erscheint es etwas sonderbar, dass der hervorragende Tuberkulose-Forscher B. **Fränkel** noch in diesem Jahre schreibt: «Alle Massnahmen, die jetzt zur Tuberkulosebekämpfung geschehen, gehen von der Annahme der aërogenen Verbreitung der Tuberkulose aus. Schon daraus, dass z. B. bei uns in Preussen sich eine schnelle und stetige Abnahme der Todesfälle an Tuberkulose gerade in den letzten Jahren konstatieren lässt, ist zu ersehen, dass wir in der Tuberkulosebekämpfung auf dem richtigen Wege sind».

Es ist ja nicht zu leugnen, dass häufige Invasionen sehr zahlreiche Herde latenten Charakters erzeugen können, die ihrerseits verschiedenen Tuberkelbazillenstämmen angehören und, wenn noch lebensfähige Bazillen in denselben sich finden sollten, dieselben imstande sind bei **acquirierter Disposition** in hochvirulente sich umzuwandeln und zur Phthisis zu führen. Deshalb muss man bemüht sein die Bazillen, wo man ihrer habhaft wird, selbsverständlich zu vernichten, aber wo sie finden, da sie in alle Winde verstreut sind?! Bei der Ubiquität der Tuberkelbazillen ist es also kein so grosses Vergehen, wenn man den einen oder anderen Kranken nicht veranlasst sein Sputum zu vernichten; es erzeugt in der Regel nur einen abgekapselten tuberkulösen Herd. Eine **grosse Unterlassungssünde** ist es aber von uns, wenn wir nicht den anderen Faktor bei Entstehung der Krankheit streng ins Auge fassen — die **Anlage**. Der menschliche Organismus muss gestärkt werden, um dem überall lauernden Feinde mit Erfolg Trotz zu bieten. Der **konstitutionelle Faktor** bei der Schwindsuchtsfrage ist der **bei weitem wichtigere Teil**!

Die Mittel zur Stärkung des Organismus haben die Sanatorien für Schwindsüchtige in allen Details ausgearbeitet und diese bestehen in dem **hygienisch-diätetischen Regime**. Deutschland ist das Land der Sanatorien und in diesem Jahre (1904) besitzt es schon 69 Volkssanatorien und 25 Privatheilanstalten — insgesamt 94 Heilanstalten. Die Zahl der Betten in den Heilstätten betrug Ende dieses Jahres 7500, es konnten also, einen viermaligen Wechsel der Kranken im Laufe des Jahres vorausgesetzt, in Summa nicht weniger als 30000 Kranke pro Jahr einer heilsamen ärztlichen Behandlung in den Heilstätten unterzogen werden. Die Kosten für den Bau dieser Heilstätten belaufen sich auf mehr als 30 Millionen Mark.

30000, noch dazu ausgesuchte Fälle, die jährlich in Sanatorien untergebracht werden, ist eine stattliche Zahl, aber im Vergleich zur Zahl der Tuberkulösen in ganz Deutschland imponiert sie wenig. In Deutschland sterben täglich 300 an Tuberkulose, also jährlich etwa 120000; in Europa über eine Million. Bei Berücksichtigung der durchschnittlichen Krankheitsdauer von 5—6 Jahren, ist nach **Weicker** anzunehmen, dass in Europa mehr als 5 Millionen an Tuberkulose gleichzeitig erkrankt sind, im Deutschen Reiche also 600000. Diese Werte sind gewiss eher zu niedrig als zu hoch gegriffen.

Die Volkssanatorien[3]) verlassen als klinisch geheilt kaum 5 pCt.; Arbeitsfähigkeit erlangen nach 2 Jahren 40 pCt., nach vier Jahren sinkt die Zahl auf 28 pCt. Von den 72 pCt., welche Sanatorien besuchen — das

[2]) Anm. In jüngster Zeit hat **Schrön**, Prof. in Neapel, Tuberkulose und Schwindsucht für zwei verschiedene Prozesse erklärt, welche durch zwei verschiedene Mikroben hervorgerufen werden. Während der phthisiogene Mikrobe **Schrön**'s die grossen Zerstörungen in den Lungen erzeugt, ruft **Koch**'s Mikrobe meist lokale Prozesse hervor mit ausgesprochener Tendenz zur Heilung. (v. **Schrön**. Der neue Mikrobe der Lungenphthise und der Unterschied zwischen Tuberkulose und Schwindsucht. München 1904).

[3]) Anm. Es werden die Patienten auch in Deutschland noch immer zu spät in Sanatorien untergebracht und der dreimonatige Aufenthalt ist zu gering, um Heilung zu erzielen. In Privat-Sanatorien dauert der erfolgreiche Aufenthalt jahrelang, der Prozentsatz von Heilungen steigt im Durchschnitt auf 20 pCt., muss aber noch höher steigen, wenn nur die Patienten gleichfalls bedeutend früher die Sanatorien aufsuchen würden.

Digitized by Google

sind jetzt in Deutschland im Jahr 30000 — haben also 21600 nach vier Jahren keine Arbeitsfähigkeit erlangt, sind gestorben oder in Siechen- oder Invalidenhäusern.

Es fragt sich nun, lassen sich nicht bei der enormen Ziffer der Tuberkulösen billigere Ergänzungs- oder Ersatzmittel für die teuren Sanatorien schaffen, die einer noch grossen Anzahl von Kranken zugute kommen können.

Es werden schon viele Stimmen laut, die gegen den Bau der grossen und kostspieligen Sanatorien sich aussprechen. An der Spitze steht England, das mehr für die Bekämpfung mittels hygienischer Einrichtungen tun will, Frankreich plaidirt für Dispensaires antituberculeux. Da die Ansteckungsgefahr durch Schwindsüchtige in Sanatorien—wo sie ja zur Reinlichkeit erzogen werden — gleich Null ist, so werden sich Haus-Sanatorien nach meinem Muster überall billig einrichten lassen. Alle diese Einrichtungen gehen nun auf das hygienisch-diätetische Regime, hinaus, wie es die grossen Sanatorien so vorzüglich ausgearbeitet und in praxi brillant durchgeführt haben. Wir müssen nie vergessen, dass es nicht allein genügt, den Tuberkulösen bessere Wohnung, die Mittel zur besseren Ernährung zu schaffen, weil dann für Wohlhabende die Heilstätten überflüssig erscheinen müssten. Das systematisch Heilstättenregime ist es, was eine so grosse Veränderung bei Heilstätten-Insassen hervorruft. Allerlei Vorträge über Hygiene, Projektionsbilder, alle populären Schriften erreichen nicht, was Gewöhnung erzielt, wie sie der monatelang dauernde «Drill» in den Heilstätten schafft. Die Dauererfolge allein der Heilstättenbehandlung zuzuschreiben, das ist nicht möglich, es wirken hiebei andere Faktoren mit, welche in dem Erkrankten selbst zu suchen sind, die Sanatorien aber geben ein mächtiges Mittel, die Tuberkulose rascher, leichter und sicherer zu bekämpfen.

Ein Hauptfaktor bei dem hygienisch-diätetischen Regime ist die von Winternitz in Sanatorien eingeführte systematisch angewandte Hydrotherapie. Die systematisch ausgeführten einfachen Abreibungen mit Wasser — darunter braucht man fälschlicherweise nicht nur kaltes Wasser zu verstehen — lassen sich überall durchführen, und welchen wohltuenden, stärkenden Einfluss auf den gesamten Organismus üben sie nicht aus? Es ist ganz unverständlich, wie schwer sich das im gewöhnlichen Leben einbürgert. Die Abreibungen beeinflussen die Innervation und Cirkulation im ganzen Organismus, befördern und erleichtern die Expektoration, vermehren die Leukocytose, heben die Alkalescenz des Blutes, mit einem Worte — sie wirken auf Hebung des gesamten Stoffwechsels ein. Und trotz dieser wichtigen Erfolge — wie wenig werden dieselben von den Aerzten gewürdigt. Wohl sieht man die Schwindsüchtigen in Spucknäpfe spucken, sie erhalten alle möglichen specifischen Medikamente, auf die Ernährung wird Sorgfalt verwendet, dabei aber sieht man häufig den Kranken wochen- ja monatelang ungebadet, nicht gereinigt, den Körper bedekt von Schweiss und Talg. Der Kranke ist wie neubelebt, sobald man ihn mit warmem Brantwein reinigt, und wie kräftigend wirkt das fortgesetzte tägliche Abreiben des ganzen Körpers! Wer sich einmal die Mühe genommen, diese Massregel anzuwenden, wird nicht begreifen, warum er nicht schon früher so gehandelt hat[4]).

[4]) Anm. Winternitz will oft Kranke gesehen haben, deren Lebensverhältnisse er nicht zu bessern imstande war, die unter den allerungünstigsten, primitivsten Verhältnissen lebten und nur unter der Einwirkung von hydro-therapeutischen und thermischen Reiznngen in der Ernährung sehr gebessert wurden.

Das einfachste und sicherste Mittel zu einem erfolgreichen Kampfe mit der Schwindsucht ist das überall mögliche Einführen des hygienisch-diätetischen Regimes. Wie in den chirurgischen Abteilungen jetzt niemand etwas einzuwenden hat gegen das aseptische resp. antiseptische Heilverfahren, so müsste in allen Abteilungen für chronische Brustleidende das hygienisch-diätetische Regime das Bürgerrecht erhalten. Ohne Erfüllung dieser Forderung kann an eine rationelle Bekämpfung der Schwindsucht nicht gedacht werden.

November 1904.

Ueber Winterkuren im Hochgebirge.

Von

Dr. B. Laquer in Wiesbaden.

Die ärztlichen Anschauungen über die Heilanzeigen des winterlichen Höhenklimas sind nicht älter als 30 Jahre; bis vor wenigen Jahren waren Phthiseotherapie und Hochgebirge einander deckende Begriffe; in der Darstellung, welche Schuchardt in den Jahrbüchern der Erfurter Akademie 1898 gelegentlich des Todes von H. Brehmer-Görbersdorff veröffentlichte, kommt dies zum Ausdruck. — Dass auch Nervenleidende den Winter anstatt im Süden, anstatt am Mittelmeer mit grösserem und vor allem rascher eintretenden Nutzen in den Eis- und Schneeregionen verbringen können, ist erst neuerdings als Folge verschiedener Umstände in den Vordergrund getreten. — Einmal sind ja die klimatischen Enttäuschungen der Kranken an der Riviera in den oft feuchten regnerischen Wintermonaten in weiteren Kreisen bekannt genug geworden; der Kriegsminister Roon erzählt z. B. in seinen klassischen Briefen, wie er Italien von Norden durchzogen, Sonne und blauen Himmel gesucht, und beide erst in — Palermo gefunden. Manche lungengesunde, aber in bezug auf ihr Nervensystem reizbare Personen, welche lungenkranken Angehörigen den Winter über in Davos Gesellschaft leisteten, heimsten dabei eine andauernde Kräftigung, eine sehr erhebliche Widerstandsfähigkeit ihrer Nervenanlage ein. — Zu diesen praktischen Erfahrungen kamen noch die wissenschaftlichen Forschungen über die Einwirkungen des Höhenklimas auf den Blut- und Stoffwechsel; sie knüpfen an ältere Beobachtungen von Viault, Paul Bert an und kommen in den vielfachen Arbeiten der Mosso'schen, Zuntz'schen und Miescher'schen Schule zum Ausdruck; sie lenkten unsere Augen auf das Hochgebirge als Heilfaktor. — Eine zusammenfassende Schilderung der Winterkuren im Hochgebirge schrieb vor drei Jahren W. Erb in Volkmanns klinischen Vorträgen Nr. 271. Auch das Hochgebirgsklima ist ein relatives, von den Breitengraden abhängiges: Norwegens Höhenklima beginnt bei 500 m.; die Höhe von 1200 bis 1900 m., welche in den Alpen unser mitteleuropäisches Hochgebirgsklima erzeugt, wirkt im Himalaya und in den Cordilleren im Styl von Vorarlberg oder der Vogesen. — Als Höhenkurorte für therapeutische Ziele der Aerzte unseres Kontinents kommen in Betracht: Davos mit Umgebungen, Arosa, der Engadin, insbesondere St. Moritz und Samaden, Grindelwald, Adelboden, Chamounix, Les Avants und Caux am Genfer-See, in Tirol Gossensass, in der Steiermark der Semmering; ausserdem einige hochgelegene Orte des Harzes, des Schwarzwaldes, Thüringens, des Taunus. — Drei Erfordernisse sind ausser der Höhe notwendig: Sonne, Windschutz, Gelegenheit zum Wintersport.

Ein Punkt wiederum, ein praktisch-ärztlicher, bedarf vor allem der Erörterung, nämlich der unserer Akklimatisation aus Hochgebirgen beim Aufstieg vom Tiefland.

Der verstorbene Kliniker Fräntzel fragte mit Vorliebe die Staatsexaminanden: Wie schicken Sie einen Kranken nach Davos? Die richtige Antwort lautete: Mit Uebernachten in Basel, Landquart und Klosters; daran schlossen sich weitere Erörterungen über Akklimatisationsbeschwerden, ihre Ursachen und die Mittel zur Behebung und Linderung derselben. Wer nicht nur zarte Frauen, sondern auch scheinbar kräftige Männer heftig an den genannten Beschwerden leidend beobachtet hat, wird vor allem den Rat beherzigen, Nervenkranke in Etappen ins Hochgebirge zu senden; die Kranken sind, ohne Angst hervorzurufen, auf diese Beschwerden aufmerksam zu machen und nicht nur vor einem zu raschen Anstieg, sondern auch, und in erster Linie, vor einem Zuviel in bezug auf körperliche Motion in jeder Hinsicht zu warnen; ganz besonders in den ersten Tagen. Dies gilt für Sommer und Winter gleich; für letzteren noch mehr, weil der Reiz zu sportlichen Leistungen und Uebertreibungen

Digitized by Google

im Winter noch stärker ist als im Sommer. Die Labilität Nervöser gegenüber klimatischen Veränderungen ist ja bekannt; das beste Mittel ist ruhiges Verhalten in körperlicher und geistiger Hinsicht und Zuspruch durch den betreffenden Hochgebirgsarzt, der ja schon durch Mitteilung über Dauer und Wesen der Akklimatisation beruhigend wirkt. Ist die Periode der Gewöhnung an das Klima vorüber, und sie dauert oft 1/2—1 Woche, so empfiehlt sich eine ganz allmähliche Steigerung der Leistungen in bezug auf den Genuss der eigenartig wirkenden Luft im Freien, vor allem aber ein langsames, Uebermüdung oder Erschöpfung durchaus meidendes Betreiben des Sports: der letztere stellt ja in der Tat ein dosirbares medikomechanisches Institut dar, mit dem Unterschied, dass es sich im Freien befindet, dass es sehr gern besucht wird, dass es nicht eintönig und nicht im Rahmen einer Verordnung wirkt; der Wintersport bei Nervenleidenden muss streng dosiert werden, mit Schlittschuhlaufen, vormittags von 11—12, fängt man an; er ist ja auch ausserordentlich variirbar: Engländer und Norweger (Schneeschuhlaufen, Eisspiele, Schlittensport) sind unsere Lehrmeister; der Sport setzt, vernünftig angewendet, dem egozentrischen, indolentpassiven, zur Selbstbeobachtung und Resignation neigenden Wesen gewisser Nervenkranken soviel Lustgefühl, soviel Lebensfreude, soviel Uebung und Anregung der Haut, der Muskeln, der Sinne, des Willens entgegen, dass die guten Erfolge in Form stärkeren Appetits, vorzüglicher und stabiler Stimmung, guten und erfrischenden Schlafes in Wechselwirkung mit dem Gefühle gesteigerter und wiedergewonnener Leistungsfähigkeit nicht ausbleiben: allerdings treten solche Resultate für die Dauer erst nach Wochen, ja nach Monaten auf, darum ist auch Nervenkranken, welche nicht einen halben oder den ganzen Winter im Hochgebirge zuzubringen vermögen, der Aufenthalt daselbst entschieden zu widerraten; Sechswochenkuren gibt es in Eis und Schnee nicht. Ueberanstrengungen und ihre bekannten Folgen kommen, auch wenn die obigen Warnungen beherzigt werden, bei besonderer Reizbarkeit vor; doch sind sie seltener als nach den für Nervenleidende, besonders für Erschöpfte, so gefährlichen Hochtouren des Sommers; denn schon die kürzere Dauer des Tages und damit die zeitlich eingeschränkte Möglichkeit sportlicher Uebungen ist ein wirksames Korrektiv; dazu kommt, dass ohne Sonnenschein oder bei Schneefall der Aufenthalt im Freien ungemütlich bezw. unmöglich wird. Kellers Ausführungen (Therap. Mon.-Hefte 1901, Nr. 10/11) über Bergsteigekuren für Nervenkranke, auch im Sommer, bedürfen in dieser Hinsicht mancherlei Einschränkungen, die hier zu geben zu weit führen würde.

Welche Kranke und welche Nervenkranke im Winter ins Hochgebirge gehören und welche nicht, darüber noch einige Worte: Vor allem nur funktionell Kranke, Neurastheniker eher und lieber als Hysteriker, von beiden in erster Linie jugendliche und beginnende Formen, Kinder und junge Leute, die sogenannten Prophylaktiker, die unter dem Einfluss ihrer Familie, ihres nervösen Millieus alle Chancen haben, selbst einmal später und schwer zu erkranken. Manches junge Mädchen, mancher Gymnasiast oder Student, der so geartet, sollte anstatt in die Pension am Genfersee oder auf die Universität lieber ohne Bücher, ohne «Stunden», ohne Vorlesungen den Winter in St. Moritz oder in Grindelwald oder in und bei Davos zubringen! Dass der Sport das wirksamste Antidot der Trinksitten unserer studierenden Jugend darstellt, das hat ein geistvoller, deutscher Arzt, R. Hessen, im Januarheft der preussischen Jahrbücher 1901 meisterhaft dargestellt, man vergleiche einmal Haltung und Aussehen junger gebildeter Engländer mit unseren Akademikern.

Sexualneurasthenikern, auch jungen, früh korpulenten, gichtischen Nervenleidenden mit Neigung zu Hämorrhoiden u. s. w. ist das Hochgebirge zu empfehlen, ebenso den sogenannten asthenischen, zu Katarrhen der Schleimhäute, auch denen des Verdauungstraktes neigenden Konstitutionen: für jugendliche Kranke existiert in St. Moritz das kleine, aber familiär zugeschnittene Heim des Dr. Hössli, der gerade Krankengeschichten der letztgenannten Art in seiner jüngsten Veröffentlichung aufführt. Ebenso sind an Morb. Basedowii leidende Kranke, wenn auch nach meiner Erfahrung nicht solche der schwersten Form, z. B. nicht solche mit schweren Herzsymptomen, wie dies auch A. Hoffmann, Eichhorst, Ewald bezeugen, im Hochgebirge gesund geworden. Külz sandte, wie Hössli erzählt, Diabetiker im Winter nach St. Moritz. Auch leicht Verstimmte, Formes frustes von Psychopathien, wie Grübelsucht, Cyclothymien, vor allem aber chlorotische und anämische, in ihrem Blutbestand durch lange Rekonvaleszenz oder durch tropische und Malariaerkrankungen dezimierte Kranke (Binswanger) gehören ins Hochgebirge: die durch den Aufstieg gesetzte Regeneration der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins ist ja eine allseitig anerkannte Tatsache: sie bildet eine wichtige Komponente der Heilwirkungen, die zum grossen Teil das Hochgebirge auf Gesunde und Kranke ausübt.

Kontraindiziert sind: alle organische Herz- und Nierenleiden, schwere Neuralgien, organische Nervenleiden, Gravidität, Arteriosklerose.

Von persönlichen die Fachgenossen interessierenden Eindrücken wäre noch der Besuch des höchstgelegenen sogenannten Bündner Spitals in Samaden zu beachten, es wird von dem Chirurgen Dr. Bernhard geleitet. Der Umstand, dass Lupuskranke im Hochgebirge selten sind, worauf auch Prof. Judassohn-Bern aufmerksam machte, ist wohl die Folge der natürlichen Lichttherapie, welche die Bündner stundenlang und wider ihren Willen erfahren.

Fassen wir noch einmal unsere Betrachtungen zusammen: Ein erfahrener Arzt wird seine Kranken, besonders die Neuropathen, abgesehen von den rein klinisch-diagnostischen Betrachtungen, bald in zwei Konstitutionsgruppen zu scheiden gelernt haben: in solche, deren Organismus noch Fonds und Reserven hat, um Leistungen zu vollbringen und um eine energische Reaktion gegenüber starken Reizen einzuleiten, etwa der früheren sogenannten sthenischen Konstitution entsprechend, und in sogenannte asthenische Naturen, die der Schonung und der reizlosen Ruhe in erster Linie bedürfen; als erster hat dies F. A. Hoffmann in seinen Vorlesungen über «allgemeine Therapie», die leider schon wieder vergessen sind, ausgesprochen.

Den Konstitutionen entsprechen therapeutische Indikationen: Sport, Hydrotherapie, Hochgebirge, Seeluft auf der einen Seite, warmes Klima, warme Bäder, mittlere Höhe auf der anderen Seite; dazwischen gibt es Uebergänge; der praktische Blick, die ärztlich-therapeutische Intuition entscheiden.

Nachtrag zum Referat: Buller und Casey Wood, Methylalkoholvergiftungen. (cfr. Nr. 4, pg. 32 und ff.)

Neuerdings ist von Dr. Wood noch ein Artikel über Methylalkoholvergiftung veröffentlicht worden (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal vol. LXXXI Nr. 1 vom 7. Januar 1905). Aus diesem Artikel geht hervor, dass Dr. Warren, der Sanitätsarzt von Pensilvanien, seine Behauptung über die grosse Verbreitung der Fälschungen mit Methylalkohol einschränkt, und ferner, dass bei der Massenvergiftung in New-York nicht 25, sondern nur 17 Personen ums Leben kamen.

Dr. C. Ströhmberg.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 15. Oktober 1904.

Dr. Ch. Ströhmberg hält seinen angekündigten Vortrag: «Die Abnahme der Gonorrhoe bei den Dorpater Prostituierten seit dem Jahre 1898». (Zur Veröffentlichung bestimmt, erscheint in der St. Petersburg. Medizin. Wochenschrift).

Diskussion:

Dehio: Als Vortragender vor einigen Jahren über die Abnahme der Syphilis unter den Prostituierten referierte, konnte er auch darüber berichten, dass die Zahl der Infektionen unter dem hier stationierten Militär stark gesunken war. Wie ist es nun mit der Gonorrhoe? Sind im Militär jetzt ebenfalls weniger gonorrhoische Infektionen konstatierbar als in früheren Jahren?

Ströhmberg kann in Betreff des hiesigen Militärs keine Auskunft geben und nur Schlüsse aus dem Zugang von Patienten in's Stadthospital ziehen. Er glaubt die Erfahrung gemacht zu haben, dass die Mehrzahl der frischen Infektionen in anderen Orten erfolgt ist. St. weist auf die Schwierigkeit einer derartigen Enquête hin.

Terrepson glaubt über einen grösseren Teil des männlichen, der Infektion ausgesetzten Materials orientiert zu sein: auch ihm kommen frische Infektionen selten zu Gesicht und seine Haupttätigkeit beschränkt sich auf Behandlung chronischer Gonorrhoen und Adnexerkrankungen. In wie weit die jetzt häufiger angewandten Prophylactica (Viro etc.) zur Verminderung der frischen Infektionen beitragen, ist schwer konstatierbar. T. ist mit Ströhmberg darin einverstanden, dass schon das mikroskopische Bild einen Hinweis auf das Fehlen resp. Vorhandensein von Gonokokken giebt; doch ist ihm nicht aufgefallen, dass in den mit zahlreichen intensiv kern-gefärbten Leukocyten durchsetzten Praeparaten häufiger Gonokokken vermisst werden. Er erinnert daran,

Digitized by Google

dass beim Manne oft klinische Symptome ebenso wie Gonokokken bei chronischer Gonorrhoe fehlen, letztere jedoch wieder auftreten, wenn man nach Kasper eine Reizung der Urethralschleimhaut vornimmt.

Ströhmberg hat in Praeparaten, in denen zahlreiche auffallend schön gefärbte Leukocyten vorhanden sind, trotz gerade hier sehr sorgfältig vorgenommener Untersuchung fast nie Gonokokken gefunden.

Was die Prophylaktica anbetrifft, so hat er die Prostituierten verpflichtet, Argentum resp. Protargollösung vorrätig zu halten, um sie event. den Kunden anbieten zu können.

Paldrock: Schon zum Schlusse der ersten Woche liegen die Gonokokken nicht mehr intracellulär, bei chronischer Gonorrhoe ist ihre Lagerung wohl immer eine extracelluläre. Die einzig sicheren Resultate ergiebt die Kulturmethode, für deren Anwendung deshalb P. eintritt.

Meyer: Schon dem Kliniker, dessen Patientinnen ihm volles Vertrauen entgegentragen, bietet die Diagnose der chronischen Gonorrhoe grosse Schwierigkeiten, um wieviel schwieriger ist die Stellung des Polizeiarztes, der es mit Kranken zu tun hat, die immer bestrebt sein werden, ihre Krankheit nach Möglichkeit zu verheimlichen. Ersterer hält seine Patientinnen dazu an, vor der Untersuchung nicht zu urinieren, um geeignetes Sekret zur Untersuchung zu erhalten. Die Prostituierten werden doch sicher gerade kurz vorher ihre Blase entleeren, ebenso etwaiges Scheidensekret durch Spülung zu entfernen resp. zur Untersuchung ungeeignet zu machen suchen. In Betreff der Tinctionsfähigkeit glaubt M., dass ältere Leukocyten, die schon längere Zeit im Schleim gelegen haben, sich schlechter färben; schwer verständlich sei es, warum man in den sich gut färbenden frischen Leukocyten keine resp. seltener Kokken finden sollte. Den Prozentsatz der Kranken — 16—35 pCt. — findet M. zu gering und fragt ferner Ströhmberg, ob er die Adnexa auf Erkrankungen chronisch entzündlicher Natur untersucht hat.

Ströhmberg: Was die Statistik anbetrifft, so bezieht sie sich auf die in jedem Semester untersuchten Prostituierten; 16—35 pCt. derselben geben also positiven Kokkenbefund. Etwas anderes ist es, wenn die Frage gestellt wird, wieviel Prozent der Prostituierten überhaupt an Gonorrhoe gelitten haben und leiden. Das dürften etwa 85 pCt. sein. Pelveoperitonitiden und Adnexerkrankungen sind häufig bei jungen Prostituierten, bei alten seltener.

Gerade bei ganz frischem Eiter färben sich die Kerne der Leukocyten intensiv, das Protoplasma nicht. Wo sich letzteres färbt, ist die Kernfärbung eine weniger intensive und hier finden sich häufiger Gonokokken.

Häufig kann man die Beobachtung machen, dass bei scheinbar unverdächtigen Patientinnen eine Reihe von Untersuchungen negativ ausfällt, dann plötzlich bekommt man ein positives Resultat. Vielleicht handelt es sich in diesen Fällen um inselförmige Erkrankungen der Schleimhaut. Entnimmt man das Untersuchungsmaterial den nicht erkrankten Stellen, so kommt man zu negativem, trifft man zufällig auf eine erkrankte Partie, so zu positivem Befunde. Derartige Patientinnen sind aber dem individualisierend vorgehenden Arzt schon bekannt, er wird dieselben häufiger und sorgfältiger untersuchen und sie dadurch unschädlich zu machen suchen. Stets muss man die Anamnese und Krankengeschichte berücksichtigen, wissen, wann die Infektion stattgefunden, wann manifeste Krankheitssymptome und positiver Kokkenbefund vorhanden waren etc. — Die stationäre Behandlung der Prostituierten besteht in Spülungen mit Kali hypermanganlösungen und Tamponade der Cervix und der Urethra mit Protargol- resp. Ichthyoltampons. Zur Entnahme des Untersuchungsmaterials wendet Str. nicht den auch vom Kollegen Boettcher empfohlenen Platinspatel an, da derselbe doch leicht Schleimhautverletzungen hervorruft, sondern sterile Glasstäbchen mit abgerundeten Enden resp. sterile Wattepinsel. Dass die Gonokokken nur bei ganz frischen Fällen intracellulär gelagert sind, stimmt nicht ganz: auch bei chronischer Gonorrhoe findet man nicht selten intracelluläre Lagerung.

Der Kulturnachweis der Gonokokken ist noch schwierig, doch dürfte in dem vom Kollegen Paldrock gefundenen Ascitesflüssigkeitagar ein Nährboden gegeben sein, der ihn erleichtert.

Terrepson: Sehr schwierig ist oft die Diagnose der chronischen Gonorrhoe des Weibes, speziell die der Cervix. Zuweilen gelingt es dann, kurz vor resp. nach den Menses Kokken zu finden, also zu einer Zeit verstärkten Affluxes zu der Schleimhaut des Urogenitalapparates, oder man erhält durch Ichthyoltampons, die man einige Zeit im Scheidengewölbe lässt, Cervixsekret mit positivem Befund. T. macht ferner darauf aufmerksam, dass Infektionen leichter bei einem kurz vor resp. nach der Menstruation ausgeführten Coitus zustande kommen, was wohl auch mit dem oben erwähnten Umstande zusammenhängt.

Ströhmberg hat die Beobachtung gemacht, dass in manchen Fällen zunächst andere Kokken überwiegen, während der Behandlung schwinden diese und nun werden die Gonokokken viel leichter und reichlicher gefunden.

Dehio: Als Kollege Boettcher über seine Untersuchungen berichtete, kam er zu dem Schluss, dass Gonokokken vorzugsweise bei solchen Prostituierten gefunden werden, die ihr Handwerk noch nicht allzulange betreiben, bei alten seltener. Ist dem so, so müsste man annehmen, dass die alten weniger für die Infektion empfänglich seien als die jungen, also gewissermassen eine relative Immunität erwerben.

Ströhmberg bestätigt diese Beobachtung Böttcher's, der damals daraus folgerte, es müsse nicht nur der Gehalt der Praeparate an Gonokokken, sondern auch der an Leukocyten in Betracht gezogen werden und dafür plaidierte, dass Prostituierte, von welchen glaubwürdige Männer infiziert werden, auch ohne positiven Kokkenbefund zwangsweise zur Behandlung interniert werden müssten.

Letzteres geht nun nicht an: um einen Menschen zwangsweise zu internieren, muss man den Beweis des Rechtes, in diesem Fall den positiven Gonokokkenbefund haben.

Paldrock wendet sich gegen den von Dehio gebrauchten Ausdruck «Immunität», dieselbe ist nicht körperlich wie bei den anderen Infektionskrankheiten, Reinfektionen und Neuinfektionen können stets auftreten.

Dehio hat dabei auch nur an eine relative lokale Immunität gedacht.

Terrepson: Das Schleimhautepithel bei alten Prostituierten ist verändert, es ist weniger leicht empfänglich für die Infektion durch Gonokokken. Auch bei Männern macht man die Erfahrung, dass eine zweite Gonorrhoe meist leichter verläuft als die erste.

Ströhmberg bittet zum Schluss die Kollegen ihn dadurch im Kampf gegen die Gonorrhoe zu unterstützen, dass sie über jeden Fall von frischer Infektion mit Gonorrhoe und Lues, womöglich mit der Angabe, woher sie stammt, ihm berichten.

Meldungen werden portofrei von der Post besorgt, wenn sie mit dem nötigen Vermerk «Свѣдѣніе о заразительн. больн.» versehen sind.

Dr. Klau giebt ein eingehendes Referat über die Beriberikrankheit.

Sekretär: Dr. med. Th. Lackschewitz.

Vermischtes.

— Das beständige Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees und beratende Mitglied des Medizinalrats des Ministeriums des Innern, Geheimrat Prof. emer. Trapp, ist krankheitshalber verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Geheimrat.

— Der Professor der Geburtshülfe und Gynaekologie an der militär-medizinischen Akademie, wirkl. Staatsrat Dr. Lebedew, ist in der Würde eines ordentlichen Professors emer. bestätigt worden.

— Dem Chef des Sanitätswesens der I. Mandschurischen Armee, Senator, Generalleutnant Trepow, ist für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner ein goldener Säbel mit der Aufschrift «Für Tapferkeit» verliehen worden.

— Der Arzt für Aufträge V. Klasse bei der Militär-Medizinalverwaltung des Kaukasischen Militärbezirks, wirklicher Staatsrat Dr. Böttcher, ist auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Die Moskauer Duma hat beschlossen, «ihrem unvergesslichen Mitbürger», dem Arzt und Wohltäter Dr. Haas, ein Denkmal zu errichten und ein Asyl für chronische Kranke auf seinen Namen in dem Vororte Awdotino zu erbauen.

— Die bei dem Kiewer Stadthospital bestehende Gesellschaft der Aerzte hat zu ihrem Präsidenten — den Professor der inneren Medizin Dr. Conrad Wagner und zum Sekretär — Dr. N. Swenson gewählt. (R. Wr.).

— Der ausserordentliche Professor der Moskauer Universität, Staatsrat Dr. Korssakow, ist zum ordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der Geburtshülfe, Frauen- und Kinderkrankheiten ernannt worden.

— Zum Dozenten der Anatomie an der höheren Kunstschule bei der Akademie der Künste ist der Professor der normalen Anatomie an der militär-medizinischen Akademie, Staatsrat Dr. Schawlowski, ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Die preussische Akademie der Wissenschaften hat die Helmholtz-Medaille dem hervorragenden Nervenanatomen Prof. Ramón y Cajal in Madrid zuerkannt. (A. m. Z.-Ztg.).

Digitized by Google

— Die Wiener Akademie der Wissenschaften hat aus dem ihr zur Verfügung stehenden Treitl'schen Fonds Subventionen bewilligt: dem Prof. Dr. Finger (Wien) für seine Untersuchungen, betreffend die Uebertragbarkeit der Syphilis auf Affen und dem Privatdozenten Dr. R. Kraus (Wien) für seine Untersuchungen über die Immunität gegen Syphilis — je 2000 Kronen (= 800 Rbl.).

— Der Direktor des pathologisch-anatomischen Instituts an der Breslauer Universität, Prof. ord. Dr. Emil Ponfick, hat einen Ruf als Nachfolger des verst. Prof. Koester nach Bonn erhalten, denselben aber abgelehnt.

— Verliehen: Der St. Wladimir-Orden IV. Klasse mit der Schleife: dem ehemaligen Divisionsarzt der 32. Inf.-Div., Staatsrat Dr. Alexander Günther — für 35-jährigen tadellosen Dienst im Klassenrange; ferner dem Beamten für bes. Aufträge 6. Klasse der Ober-Militär-Medizinalverwaltung, Staatsrat Dr. Nikolai Kerstens und dem Oberarzt des Abastumanschen Militärhospitals und der Abastumanschen Mineralquellen, wirkl. Staatsrat Dr. Elias Gopadse — für 25-jährigen tadellosen Dienst im Klassenrange.

— Verstorben: 1) Am 9. Januar in St. Petersburg der frühere ältere Ordinator des Wladiwostokschen Marinehospitals, Dr. Apollo Tscheremschanski, an Tabes und ihren Folgen im 44. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medizinische Ausbildung an der militär-medizinischen Akademie erhalten, an welcher er i. J. 1886 den Arztgrad und 1891 die Doktorwürde erlangte. Seine ärztliche Tätigkeit begann er als Schiffsarzt und wurde dann dem Kronstädterund dem Kalinkin-Marinehospital zukommandiert, wo er sich vorzugsweise mit Chirurgie beschäftigte. Zu Anfang der 90-er Jahre siedelte er nach Wladiwostok über und fungierte als älterer Ordinator am dortigen Marinehospital, bis das zunehmende Leiden vor ca. 2 Jahren ihn zwang, seine ärztliche Tätigkeit aufzugeben und nach Petersburg zurückzukehren. T. genoss einen ausgezeichneten Ruf als Operateur im ganzen Küstengebiet und erfreute sich grosser Popularität unter den Kollegen wie auch in weiteren Kreisen. Dafür spricht auch seine Wahl zum Präsidenten der süd-ussurischen Gesellschaft der Aerzte, welche in Wladiwostok ihren Sitz hat, ebenso die Wahl zum Vorsitzenden der Gesellschaft für Erforschung des Amurgebiets und zum Stadtverordneten von Wladiwostok. 2) Im Kirchdorf Bolschowo (Gouv. Moskau) am 10. Januar der dortige Fabrikarzt Dr. Nikolai Krassjuk im Alter von 47 Jahren, nach mehr als 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) In Warschau der dortige praktische Arzt Dr. Konrad Sawisza im 55. Lebensjahre. Der Verstorbene hat dort über 32 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt. 4) In Moskau am 10. Januar der Hospitalarzt Dr. Nikolai Ssudsilowski im Alter von 50 Jahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1880 erlangt. 5) Am 29. Dezember a. pr. im Fernen Osten der Landschaftsarzt aus Mglin (Gouv. Tschernigow) Dr. Nikolai Troizki im 41. Lebensjahre. Er ist als Arzt einer Moskauer fliegenden Kolonne auf dem Kriegsschauplatze, wo er während eine Gefechtes auf einer der vordersten Stellungen tätig war, gefallen. Der Verstorbene hinterlässt seine Frau mit einem Kinde ohne jegliche Existenzmittel. 6) In Lissabon der Prof. der Anatomie Dr. José Serrano im 54. Lebensjahre. 7) In Venedig der deutsche Arzt Dr. Gustav Ludwig, welcher lange Jahre als Leiter des Ambulatoriums am Deutschen Hospital in London zu den gesuchtesten deutschen Aerzten Londons gehörte, aus Gesundheitsrücksichten aber den ärztlichen Beruf aufgeben musste und in Venedig lebte, wo er als Kunstforscher und Antiquitätensammler sich einen Namen gemacht hat.

— Der ausserordentliche Professor an der Leipziger Universität Dr. Franz Hofmann ist zum Professor der Physiologie an der Universität Innsbruck ernannt worden.

— Am Sonntag. d. 30. Januar c. wurde hier das vom St. Petersburger Samariterverein errichtete temporäre Lazarett für Verwundete eingeweiht. Das am Grafskij Pereulok № 5 belegene Lazarett verfügt zunächst über 20 Betten, sämmtlich von Privatpersonen unterhaltene Freibetten, doch kann ihre Zahl vergrössert werden. Die Einweihungsfeier hatte in den freundlichen, hellen Räumen, die mit ihrer neuen schmucken Einrichtung einen höchst sympathischen Eindruck machen, eine ansehnliche Festversammlung vereinigt. Diese bestand aus Mitgliedern und Freunden des Samaritervereins, aus Gliedern des Vorstandes und der Lazarettkommission, zahlreichen Vertretern unsrer Aerztekreise und den zum Dienst an den Verwundeten bereiten Samariterinnen. Nach der kirchlichen Weihe ergriff der Vizepräses des Vereins Baron Bruun das Wort, um in längerer Ansprache die Gäste zu begrüssen und allen Denen, die sich um die Einrichtung des Lazaretts verdient gemacht, im Namen des Vereins zu danken. Nachdem er das Lazarett für eröffnet erklärt und dem leitenden Arzt Dr. Boustedt übergeben, schloss Redner mit einem warmen Wort an die Samariterinnen. Danach besichtigte die Festversammlung die hiermit ihrem humanen und patriotischen Zweck übergebenen Räume: Krankenzimmer zu 4–8 Betten, Empfangsraum, Verbandzimmer, Speise- und Wohnzimmer etc. Man schied mit den besten Wünschen für dieses jüngste Unternehmen des St. Petersburger Samaritervereins. B.

— Die letzten mehrtägigen Kämpfe am Hunho mit den vielen Tausenden von Verwundeten haben die Aerzte auf dem Kriegschauplatze und im Rücken desselben wieder in angestrengte Tätigkeit versetzt, wie das auch aus einer von Prof. Dr. Zoege am 29. Januar in Gundschulin aufgegebenen und an die «Nordl. Ztg.» angelangten Depesche hervorgeht, welche mit den Worten schliesst: «Es giebt viel Arbeit; meine Adresse ist Gundschulin».

— Auf dem Kriegsschauplatze ist der jüngere Arzt des Brjanskischen Inf.-Regiments Dr. Theodosius Ussenko kontusioniert worden.

— Der Odessaer Universität ist seitens des Ministeriums der Volksaufklärung die Mitteilung zugegangen, dass Studenten des V. Kursus der medizinischen Fakultät bei einer allgemeinen Mobilmachung obligatorisch zum Dienst in den Feldhospitälern als stellv. Aerzte I. Klasse einberufen werden. Im Notfalle werden auch Studenten des IV. Kursus einberufen.

— Ueber die Zahl der Verwundeten und Kranken im Fernen Osten ist vom Chef des Sanitätswesens der Mandschurei-Armeen dem «Russki Invalid» aus Sachetun ein vom 29. Januar datiertes Telegramm zugegangen, welchem wir entnehmen, dass seit dem Beginn der Kampagne bis zum 1. Januar 1905 aus dem Rayon der aktiven Armeen nach Norden, d. i. nach Charbin, Tschita, Srietensk, Chabarowsk, Nikolsk und Wladiwostok evakuiert worden sind: 1710 verwundete und 2308 kranke Offiziere; 53,890 verwundete und 72.531 kranke Untermilitärs im ganzen 130.439 Verwundete und Kranke. In demselben Zeitraum starben in den Heilanstalten: 45 verwundete und 62 kranke Offiziere, 1232 verwundete und 2668 kranke Untermilitärs — im ganzen 4007 Militärs. Zur Kategorie der zum Dienst Untauglichen sind übergeführt: 6474 verwundete und 11.248 kranke Untermilitärs, im ganzen 17.722 Personen. Evakuiert wurden in das Innere des Reiches, d. h. nach Irkutsk und weiter nach Russland: 559 verwundete und 670 kranke Offiziere; 4121 verwundete und 4079 kranke Untermilitärs, im ganzen 9429 Militärpersonen. Zum 1. Januar 1905 befanden sich in den Heilanstalten der aktiven Armeen: 152 verwundete und 634 kranke Offiziere; 4953 verwundete und 15.815 kranke Untermilitärs, im ganzen 21.554 Patienten. In die Front zurückgekehrt sind somit: aus der Zahl der verwundeten Offiziere — 954; aus der Zahl der verwundeten Untermilitärs — 37,110 und aus der Zahl der kranken Untermilitärs — 38.721, im ganzen 77,727 Krieger.

— Zwecks Vorbereitung eines Kadres von Epidemiologen ist dem Ober-Medizinalinspektor anheimgegeben, Aerzte an das Kaiserliche Institut für Experimentalmedizin zur Absolvierung «zweiwöchentlicher kurzer epidemiologischer Kurse» abzukommandieren, wobei sie für die Dauer des Kursus eine Unterstützung von 3 Rbl. täglich erhalten.

Dieses zur Kenntnis der Aerzte bringend, die sich an den antiepidemischen Massnahmen in diesem Jahre zu beteiligen wünschen, hält es die Verwaltung des Ober-Medizinalinspektors für ihre Pflicht, darauf hinzuweisen, dass von der Allerhöchst niedergesetzten Kommission ausser denjenigen Aerzten, die bereits eine spezielle bakteriologische Vorbereitung genossen und bei den früheren Abkommandierungen Erfahrungen gesammelt haben, hauptsächlich nur solche Aerzte zu Abkommandierungen werden benutzt werden, die die vorerwähnten Kurse beim Kaiserlichen Institut für Experimentalmedizin absolviert haben. Reflektanten, die die Kurse zu absolvieren wünschen und die bereit sind, nötigenfalls an der Bekämpfung der epidemischen Krankheiten teilzunehmen, werden ersucht sich in der Verwaltung des Ober-Medizinalinspektors (Teatralnaja Nr. 3) zu melden.

— Wie der Direktor des hiesigen Instituts für Experimentalmedizin meldet, ist von dem genannten Institut ein bedeutendes Quantum spezifisches agglutinierendes Cholera-serum fertiggestellt worden. Der Preis für ein ¹/₁ Gramm trockenen Präparates (für 10 × genügend) beträgt 50 Kopeken. Regierungs- und Kommunalinstitutionen kann das genannte Präparat kostenfrei verabfolgt werden.

— Der 26. Kongress deutscher Balneologen findet vom 9.—13. März n. St. in Berlin unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Liebreich statt. Vorträge sind bereits in grosser Zahl angemeldet.

— Verschärfung der Ausländerpromotionen an der Berliner Universität. Der Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Berlin Prof. Dr. Orth hat soeben eine Erklärung erlassen, deren Inhalt die Promotionsbedingungen für Medizin studierende Ausländer wesentlich erschwert: Danach haben Ausländer, d. h. Nichtangehörige des Deutschen Reiches, die sich zur Promotion zu

Digitized by Google

melden beabsichtigen, falls sie nicht die ärztliche Staatsprüfung für das Deutsche Reich bestanden haben, sich darüber auszuweisen, 1) dass ihnen eine Vorbildung zuteil geworden ist, welche in dem Staate, dessen Angehörige sie sind, für die Erwerbung des medizinischen Doktorgrades und die Ablegung der ärztlichen Prüfung erfordert wird; fehlt es in dieser Beziehung in ihrem Heimatsstaate an bestimmten Festsetzungen, so haben sie durch vorgelegte Reifezeugnisse (nötigenfalls unter Beifügung inländischer Ergänzungszeugnisse) mindestens eine Vorbildung nachzuweisen, welche den Anforderungen für das Zeugnis der Reife an deutschen Realgymnasien entspricht; 2) dass sie nach Erlangung dieser Vorbildung soviel Semester, wie in Deutschland für die Zulassung zur ärztlichen Prüfung vorgeschrieben sind, an einer gut eingerichteten medizinischen Fakultät ein geordnetes medizinisches Studium, ähnlich wie es in Deutschland üblich ist, geführt und mindestens ein Semester in der Berliner medizinischen Fakultät studiert haben. — Was die Fakultät unter einem geordneten medizinischen Studium versteht, ist aus dem Studienplan zu ersehen, welchen sie aufgestellt hat und der jedem Studierenden der Medizin bei der Immatrikulation übergeben wird. Dieser Studienplan enthält zwar nur Ratschläge und ist nicht obligatorisch, aber wesentliche Abweichungen von ihm nehmen dem Studium die Eigenschaft eines «geordneten», insbesondere wenn sie diejenigen Studienfächer betreffen, für welche die Angehörigen des Deutschen Reiches bei der Meldung zu den Staatsprüfungen Studiennachweise zu liefern haben.

— Wie die «Wratsch. Gaseta» berichtet, hat die armenisch-gregorianische Synode zu Etschmiadsin (Kaukasus) in einer Zirkulär-Vorschrift die Geistlichen angewiesen, bei Eheschliessungen vom Brautpaar die Vorlegung eines ärztlichen Zeugnisses über den Gesundheitszustand zu verlangen. Ohne ein solches Zeugniss ist die Eheschliessung zu verweigern.

— Heitzmanns anatom. Atlas. Wir machen unsere Leser auf die neue (IX.) Auflage des im Verlage von Wilh. Braumüller (Wien und Leipzig) erscheinenden Heitzmannschen Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen aufmerksam, welche von Prof. Zuckerkandl (Wien) vollständig umgearbeitet ist. Bis jetzt liegen uns bereits der I. Band (Knochen, Gelenke, Bänder, Muskeln) und die erste Hälfte des II. Bandes (Eingeweide) fertig vor. Die zweite Hälfte (Gefäss- und Nervensystem, Sinnesorgane und Haut) des II. Bandes befindet sich unter der Presse und wird in allernächster Zeit geliefert werden. Wir behalten uns eine ausführlichere Besprechung des treff lichen Werkes nach Abschluss desselben vor.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. Jan. d. J. 9912 (203 mehr als in d. Vorw.), darunter 699 Typhus — (76 mehr). 958 Syphilis — (37 mehr), 272 Scharlach — (10 wen.), 103 Diphtherie — (23 mehr), 46 Masern — (1 mehr) und 12 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. bis zum 22. Januar 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
495	444	939	228	127	163	20	8	29	56	71	64	63	54	34	15	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0. Typh. abd. 28, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 14, Scharlach 17, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 43, Erysipelas 8, Grippe 18, Katarrhalische Lungenentzündung 173, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 17, Tuberkulose der Lungen 99, Tuberkulose anderer Organe 28, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 71, Marasmus senilis 39, Krankheiten des Verdauungskanals 104, Totgeborene 39.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 8. Febr. 1905.

Tagesordnung: Dobbert: Ueber operative Myomtherapie.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 14. Febr. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Creosotal u. Duotal „Heyden“

sind anerkannt zuverlässige Medikamente gegen Lungen-**Tuberkulose, Pneumonie, Bronchitis** und **Skrofulose.** Frei von den zerrüttenden Nebenwirkungen, der Giftigkeit, dem üblen Geruch und Geschmack des Kreosots und Guajakols. Niemals Reizung des Magens oder Darmes. Kein Durchfall, kein Uebelsein, kein Erbrechen. Selbst in grossen Dosen äusserst zuträglich. In hohem Grade appetitanregend. Schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, Hebung des Ernährungs- und Kräftezustands, Verminderung von Husten und Auswurf. Phthisis ersten Stadiums schon in einigen Monaten heilbar.

Calodal. Leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur **subkutanen,** ganz besonders auch zur **rektalen Ernährung** und zur Darreichung **per os** als Kraftnährmittel. **Calodal-Nährklysmen** sind billig, leicht zuzubereiten, gut resorbierbar und setzen der Fäulnis im Darm einen grösseren Widerstand entgegen als andere Nährklysmen.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (151) 10—2.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. **Koeniger.**

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Luitgart Heimberger, Вас. Остр., 6 лин., д. 29, кв. 13.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймоновской ул. д. 4. кв. 11.

Frau Minna Rieser, geb. Franke. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Digitized by Google

Thiocol „Roche"

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche"

à 0,5 gr. bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche"

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Protylin „Roche"

unbegrenzt haltbares, vollkommen ungiftiges Phosphoreiweiss mit 2,6% Phosphor.

Vorteile: Protylin übertrifft alle übrigen organischen und anorganischen Phosphorverbindungen durch seine ausgezeichnete Wirkung, seinen Gehalt an leicht resorbierbarem Phosphor und seine völlige Unschädlichkeit für den Darmtrakt.

Indikationen: **Rachitis, Skrophulose. Caries, Neurosen, Hysterie, Anaemie, Cachexie** und **Basedow'sche Krankheit.**

Verordnung: Als Pulver in Dosen von 1—2 Kaffeelöffel täglich oder als Tabletten à 0,25 in Dosen von 3 Mal täglich 5 Tabletten.

Protylinum ferratum (Eisengehalt 2,3%), besonders angezeigt bei **Chlorosen** und **Anaemie.**

Protylinum bromatum (Bromgehalt 4% organisch gebunden), besonders indiziert bei **Neurosen.**

Wir ersuchen stets Originalpackungen von 25, 50, 100, 250 gr oder Cartons à 100 Tabulae à 0,25 gr. zu verordnen.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Co., Fabrik chem.-pharm. Producte

Basel (Schweiz). ***Grenzach*** (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Proben stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Sulfosot-syrup „Roche"

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar. wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 16 ccm.

Arsylin „Roche"

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Airol „Roche"

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche"

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an

Thigenol „Roche"

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz.

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Stypticin — *anerkannt vorzügl. Haemostatikum, besonders bewährt bei Uterusblutungen. In Form von Substanz, Tabletten, Watte und Gaze.*

Veronal — *ausgezeichnetes Hypnotikum ohne jegliche schädliche Nebenwirkung. In Dosen zu 0,25 bis 0,5 und bis 1 gr.*

Tropacocain — *sehr beliebtes Anästhetikum. Besitzt d. anästhetischen Eigensch. d. Cocains ohne d. Nebenwirk. Die Lösungen sind sterilisierbar.*

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(3) 17—16.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT — 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT — zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

EISENACH
KURANSTALT HAINSTEIN
NAHE DER WARTBURG
DAS GANZE JAHR GEÖFFNET
LEITENDER ARZT DR. HESS.

Дозв. ценз. Спб., 6 Февраля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

MAR 20 190

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14. zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 6 St. Petersburg, den 12. (25.) Februar. **1905.**

Inhalt: Dr. W. v. Grot: Zur Kasuistik der Penisverletzungen. — Dr. J. Sadikoff: Tod eines Erwachsenen durch Verbrennen im Ofen. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

(Aus der I. chirurg. Abt. des Rigaschen Stadtkrankenhauses. Chefarzt Dr. A. v. Bergmann).

Zur Kasuistik der Penisverletzungen.

(Vortrag gehalten auf dem XVI. livl. Aerztetage zu Dorpat im Sept. 1904).

Von

Dr. W. v. Grot.

M. H. Zu den Verletzungen einer Körpergegend, welche zu sehen und zu beobachten man selten Gelegenheit hat, gehören die Verletzungen des Penis und ist es daher gerechtfertigt, wenn ihrer Seltenheit wegen über die Art derselben, über ihre Behandlung und Folgezustände berichtet wird. Ich erlaube mir, im folgenden ihnen kurze Mitteilung zu machen über die Verletzungen des Penis im allgemeinen und speziell über die wenigen Fälle, welche wir, selbst bei einem so grossen Material an verschiedenartigen Verletzungen, wie solche im Stadtkrankenhause zu Riga in Behandlung kamen, gesehen haben.

Die Verletzungen am Penis teilt man nun in subkutane und offene. Zu den ersteren müssen gezählt werden die Penisfrakturen und die Quetschungen, sowohl der Haut allein als auch dieser mit den corpora cavernosa zusammen.

Von einer Fraktur des Penis im wahren Sinne des Wortes kann beim Menschen nicht die Rede sein, es müsste sich dann handeln um die äusserst seltenen Fälle von pathologischer Knorpel- oder Knochenneubildung im septum penis alter Männer, wie sie Lenhossék, Kaufmann und Duplay beobachteten.

Man versteht darunter die Zerreissung der Schwellkörper und der Albuginea während der Erektion. Die Albuginea, sonst an 2 mm. dick und sehr resistent, verdünnt sich nach Henle während der Erektion auf 0,25 mm., wobei sie sehr spröde wird. Demarquay glaubt trotzdem, dass eine Zerreissung der Albuginea nur möglich ist, wenn sie pathologisch verändert ist infolge überstandener Entzündungen.

Die Rissstelle der Albuginea kann im ganzen Verlaufe des Schaftes vorkommen. Mianowski sah eine Fraktur in der Mitte, Parker dicht an der Radix. Parker glaubt 2 Arten von Penisfrakturen unterscheiden zu müssen: eine Torsions- und eine Knickungsfraktur. Erstere soll an jeder Stelle des Penis, letztere nur unmittelbar an der Ansatzstelle der Lig. suspensoria penis auftreten. Dagegen spricht der Fall Gabscewitsch. Hier bog ein alter arteriosklerotischer Mann seinen erigierten Penis nach unten, um zu urinieren und zog sich eine Fraktur dicht hinter der Glans zu.

Die subjektiven Symptome einer eingetretenen Fraktur bestehen in lokaler Druckempfindlichkeit, Schmerzen und hochgradigem Spannungsgefühl. Beim Entstehen der Fraktur ist fast stets ein knickendes Geräusch beobachtet worden. Die Erektion hört sofort auf, das periphere Ende des Penis hängt schlaff herab, durch Austritt von Blut unter die Haut schwillt der Penis kolossal an. Die Haut wird oft derart gespannt, dass es zur Gangrän derselben kommen kann. Hervorgehoben wird von fast sämmtlichen Autoren die charakteristisch durch die Schwellung bedingte S-förmige Krümmung des Penis. Da wir in unserem Material keine derartige Verletzung des Penis haben, so führe ich, zwecks Einsicht in den Verlauf und das Endresultat dieser Verletzungen, kurz die in den letzten 20 Jahren in der Literatur angeführten Fälle an.

Rosenberger beschrieb einen Fall, in welchem ein 26-jähriger völlig gesunder Mann sich eine Fraktur des Penis zuzog, indem er beim Ausüben des Coitus heftig gegen die Symphyse stiess. Die Erektion liess sofort nach, es trat Schwellung ein, ohne dass Pat. Schmerzen empfand. Erst die zunehmende Schwellung, welche sich auf den Unterbauch, Scrotum und die Oberschenkel erstreckte, und die eintretende Harnretention trieben den Mann zum Arzte, welcher anfangs Pat. katheterisierte und nachher am 10. Tage, als ein Katheter nicht mehr eingeführt werden konnte, eine Incision am Scrotum machte. Der Harn entleerte sich aus der Fistel und Pat. genass nach einem schweren Krankenlager, welches bedingt war durch die Harninfiltration, die zu Gangrän der Scrotalhaut und eines Teiles der Oberschenkelhaut geführt hatte. Nachgeblieben war eine Harnfistel, welche in mehreren Sitzungen fast völlig geschlossen wurde.

Digitized by Google

Die Erectionsfähigkeit war völlig erhalten geblieben. Kompliziert war dieser Fall durch die Harnröhrenzerreissung, welche zur Harninfiltration geführt hatte.

2. Weisblatt. Im Halbschlummer hatte ein Mann seinen erigierten Penis mit beiden Händen nach unten gezogen, und dabei ein Knacken verspürt. Es trat starke Schwellung und bläuliche Verfärbung auf. Die Miction blieb normal. Der Verlauf war bei exspektativer Behandlung normal. Beim Coitus hat Pat. keine Beschwerden. An der Rissstelle ist eine kleine Verdickung nachgeblieben.

3. Miklaszewski berichtet, dass ein 40 Jahre alter arteriosklerotischer Mann seinen stark erigierten Penis zur Seite bog und dabei ein Knacken verspürte. Es trat ein starkes Blutextravasat auf, besonders am Praeputium. Der Penis hatte S-förmige Krümmung. Die Schmerzen waren mässig, die Miction gut. Bei indifferenter Behandlung trat völlige restitutio in integrum ein.

4. Iwanow teilt mit, wie ein Pat. libido coeundi empfand, derselben jedoch nicht nachgehen konnte, weil er es für eine Sünde hielt, da am nächsten Tage ein Feiertag war. Er ergriff daher den erigierten Penis mit beiden Händen, schwenkte ihn stark und empfand dabei ein knackendes Geräusch, zugleich trat Schwellung und Schmerz auf. Unter konservativer Behandlung erfolgte völlige Heilung und Funktionsfähigkeit im Laufe von 5 Wochen.

5. Gabscewitsch. Der Aetiologie dieses Falles erwähnte ich schon früher. Auch hier beim Entstehen der Fraktur ein knackendes Geräusch, dann Schmerz, Schwellung, erschwerte Harnabsonderung. Die Schwellung führte zu konservativer Gangrän der Penishaut. Es wurden Längsincisionen gemacht und nach Abstossung der gangränösen Hautfetzen trat bei fieberfreiem Verlaufe völlige Heilung ein. Die normale Erektionsfähigkeit war erhalten geblieben.

6. Mende referiert über 14 Fälle von Penisfraktur, welche aus früheren Jahren stammen und teilt einen Fall mit, in welchem ein 40-jähriger alter Mann mit dem erigierten Penis an eine Stuhllehne stiess und sich eine Fraktur zuzog. Es trat Schwellung und S-förmige Krümmung des Gliedes auf; zugleich völlige Harnretention. Die Harnröhre war quer durchrissen. Zuerst wurde die äussere Urethrotomie gemacht; nachher Naht der Harnröhre. Es trat völlige Heilung ein.

Die Diagnose kann somit gestellt werden unter Beachtung der Anamnese, auf Grund des objektiven Befundes: Schwellung, S-förmige Krümmung, lokaler Schmerzpunkt. Zuweilen lässt sich der Riss in der Albuginea und den Schwellkörpern fühlen, manches Mal auch Krepitation, bedingt durch die gebildeten Coagula. Unter konservativer Behandlung: Hochlagerung des Gliedes, Kompression und Kälteapplikation ist der Verlauf der nicht durch event. Harnröhrenverletzungen komplizierten Fälle gewöhnlich ein reaktionsloser. Das Haematom resorbiert sich und unter stärkerer oder geringerer Narbenbildung heilt der Riss aus. Diese Narbenbildung soll gewöhnlich eine starke Alteration der Funktionsfähigkeit bedingen, da wegen Krümmung des Gliedes, resp. schlaffen Herabhängens des peripher von der Narbe gelegenen Teiles, die Erektion derart behindert ist, dass eine Cohabitation nicht stattfinden kann (Bramann). Wie weit diese Angaben berechtigt sind, vermag ich nicht zu entscheiden. Die eben angeführten Fälle bestätigen sie nicht.

Ist die Fraktur kompliziert durch eine Harnröhrenverletzung, so muss der event. eintretenden Urininfiltration vorgebeugt werden durch Einführen eines Katheters oder, falls dieses nicht gelingen will, durch Aufsuchen beider Harnröhrenenden und Vereinigung derselben durch Naht. König rät, event. selbst bei nicht durch Harnröhrenverletzungen kompl. Fällen blutig vorzugehen und nach Entfernung der Coagula die gerissenen Corpora cavernosa zu nähen.

Was die Quetschungen der Penishaut allein oder dieser zugleich mit den Schwellkörpern betrifft, so kommen sie unkompliziert sehr selten vor. Sie entstehen durch direkte Gewalteinwirkung, als Schlag, Stoss etc. Ihre Behandlung ist eine rein konservative und die Heilung stets eine vollkommene, ohne Nachbleiben irgend welcher Residua. Gewöhnlich bestehen jedoch die Quetschungen in ausgedehnten schweren Verletzungen und werden am häufigsten beobachtet bei Leuten die am Becken überfahren sind; dabei wird der Penis gegen die Symphyse gequetscht und an der scharfen Kante derselbe zerdrückt.

Hier müssen auch erwähnt werden diejenigen Verletzungen, bei denen die Gewalteinwirkung keine direkte ist.

In Betracht kommen die Einschnürungen des Penis. Aus Spielerei oder wegen nächtlichen Bettnässens wird von Knaben der Penis mit einer Schnur oder einem Bande abgebunden, oder es werden Ringe übergezogen. Erwachsene benutzen die verschiedensten Gegenstände entweder aus demselben Grunde oder zwecks Verhütung von Polutionen, meistenteils wohl um Erectionen hervorzurufen, zwecks Masturbation. Nach Anlegung solcher schnürender Gegenstände um den in schlaffem Zustande befindlichen Penis, tritt durch den Reiz und die Blutstauung eine immer mehr zunehmende Schwellung des Gliedes ein. Die Constriction wird immer stärker und der schnürende Gegenstand kann, falls er schmal ist, völlig in der Schwellung verschwinden. Besonders stark schwillt das periphere Ende an und kann es zu völliger Gangrän kommen. Durch die Compression der Harnröhre tritt Harnstauung auf und diese kann gleichfalls zur Gangrän der Harnröhre führen, welche perforiert und die Bildung lippenförmiger Harnröhrenfisteln bedingt.

Einen solchen Fall teilt Gorski mit, wo infolge einer Umschnürung des Penis eine Fistel entstand. Die Glans ist nur mit einem ganz dünnen Stiel mit dem Penisstumpf in Zusammenhang gewesen. Die Urethra war quer durchtrennt, schnürende Ringe und Fäden können die gespannte Haut durchschneiden und die Schnürfurche schliesst sich manches Mal über dem Fremdkörper, so dass an Stelle der Schnürfurche nur ein schmaler Narbenstreifen sichtbar ist (Kaufmann). Als schnürende Mittel benutzte Gegenstände können, wie gesagt, die verschiedenartigsten sein. Haare, Fäden, Ketten, Ringe, Schraubenmuttern, Flaschenhälse, Schlüsselringe, Rohr einer Feuerspritze, Ring eines Bajonettes etc. Wir besitzen eine Schere, die einem älteren Manne angeblich von Prostituirten im öffentlichen Hause über den Penis gezogen war. Die Schere konnte der hochgradigen Schwellung wegen nicht anders entfernt werden, als dass sie durchgefeilt wurde. Die Behandlung besteht in möglichst schneller Entfernung des schnürenden Körpers. Häufig wird der Schlosser resp. Schmied zu Hülfe genommen werden müssen. Poncet teilt einen Fall mit, in dem kein Schlosser den über den Penis gezogenen Ring eines schweren Steinhammers zu öffnen vermochte. Er half sich, indem er Längsincisionen machte, den Penis einfettete, comprimierte und dann extrahierte. Es erfolgte glatte Heilung. Im Falle Ameisan konnte ein Schlosser nach mühevoller Spaltung einer 4½ kgr. schweren Eisenstange den in dieselbe gesteckten Penis von seiner Incarceration befreien.

Kurz genannt werden müssen hier auch die Verletzungen der Harnröhre, welche gelegentlich durch zwecks Masturbation oder aus irgend welchen anderen Gründen in die Urethra eingeführte Gegenstände verursacht werden. Wir hatten einen Pat. mit einem periurethralen Abscess, welcher incisiert wurde und in dem sich ein dicker Grasstengel befand. Pat. gab nachträglich zu mit diesem Gegenstande masturbiert zu haben. Verletzungen dieser Art sind, abgesehen von den bei schlechtem Katheterismus gemachten falschen Wegen, sehr selten. Die Harnröhre selbst ist recht resistent und passieren dieselbe oft ungeahnt dicke Gegenstände, ohne sie zu verletzen. Ein alter Mann hatte sich bei uns einen fingerdicken Federstiel in die Harnröhre gesteckt, um sich zu katheterisieren. Der Federstiel befand sich zur Hälfte in der Blase und wurde durch die äussere Urethrotomie entfernt. Die Harnröhre hatte er nicht verletzt. Einem anderen Pat. war während des

Digitized by Google

Schlafes von seiner Frau ein Wachslicht in den Penis gesteckt. Dieses hatte die Harnröhre ohne sie zu verletzen passiert, war in die Blase gelangt und hatte dort Anlass zur Steinbildung gegeben. Einige Jahre nachher wurden die Steine aus der Blase mittels Sectio alta entfernt und liessen auf ihrem Durchschnitt deutlich kleine Wachsstücke erkennen. — Einem dritten, einem Regimentsschreiber, war, als er infolge starken Alkoholgenusses abgefallen war, von seinen Freunden eine Papyrosspitze in den Penis gesteckt worden. Diese hatte die Harnröhre nicht verletzt, war schlank in die Blase gewandert, von wo aus sie durch den hohen Blasenschnitt entfernt wurde.

(Fortsetzung folgt).

Tod eines Erwachsenen durch Verbrennen im Ofen.

Ein seltener gerichtärztlicher Fall.

Von

Dr. J. Sadikoff,
Kreisarzt zu Talsen.

In der mir zugänglichen Literatur habe ich einen solchen Fall, wie den zu schildernden, nicht gefunden und glaube ich daher zur Veröffentlichung dieses geradezu verpflichtet zu sein, wenngleich auch wenig Aussicht für eine völlige Aufklärung vorhanden zu sein scheint.

Der Tatbestand ist folgender:

Der 79 Jahre alte Mickel Strautmann, welcher im Dorfe Angan bei seinem verheirateten Sohne wohnte, wurde am 14. August 1904 in der Badstube des Tischlers N.... von letzterem tot im Ofen der Badstube liegend gefunden. Str. hatte sich um c. 6 Uhr nachm. in die Badstube begeben. Um c. 8 Uhr fand ihn N., als er selbst baden ging, völlig nackt im Ofen liegend, sodass nur die Unterschenkel aus demselben hervorragten. Da N. allein war und Str. tot zu sein schien, so rief er sofort den lokalen Gemeindeältesten und wurde dann erst Str. herausgezogen. Er lag im Ofen mit dem Gesicht nach unten mit über der Brust liegenden Armen. Vor Strautmann hatte eine Magd des Tischlers N. gebadet. Dunst war in der Badstube nicht vorhanden. Die Badstube war unverschlossen und konnte überhaupt von innen nicht verschlossen werden, da die Türen nur einfache Klinken hatten. Str. hat sich allein in die Badstube begeben und ist es nicht bemerkt worden, dass noch jemand anders sich dort während seines Aufenthalts, wenn auch nur zeitweilig, befunden hat. Es ist nach der Lage der Badstube, welche c. 30 Schritt vom Hause des N. in einer Einsenkung an einem Teiche liegt, möglich, dass Jemand aus dem anstossenden Walde oder aus der sonstigen Nachbarschaft in dieselbe, ohne bemerkt zu werden, hineingelangen kann. Str. war seines Alters wegen nicht mehr arbeitsfähig, das Verhältnis zu seinem Sohne und dessen Familie ein gutes. Es war ein nüchterner Mensch, arm, geistig normal, friedlichen, ruhigen Charakters, lebte mit allen seinen Verwandten und seiner Umgebung in Frieden und Einvernehmen und machte sich, soviel es seine Kräfte erlaubten, nützlich. Der Sohn war, wie durch Zeugen nachgewiesen, mit seiner Frau zur Zeit des Todes abwesend in einem benachbarten Dorfe. Irgend ein Verdacht ist nicht vorhanden. Str. hat vor seinem Tode sich nicht anders, als gewöhnlich gezeigt und auch nichts Aussergewöhnliches getan, z. B. nicht alkoholische Getränke zu sich genommen.

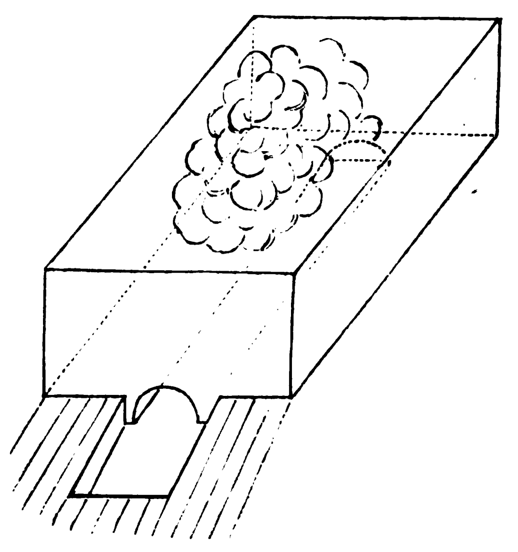
Aus dem Befunde der wegen meiner Abwesenheit von einem freipraktizierenden Kollegen am 18. August ausgeführten Sektion hebe ich nach den mir zur Verfügung gestellten Daten nur folgendes hervor:

Der Verstorbene war mittleren Wuchses, sein Ernährungszustand und Habitus normal. Die Haut auf der ganzen Vorderseite des Körpers bis zu den Knien ist geschwärzt und geht in Stücken herunter, die Farbe derselben blaurot. An den Seiten befinden sich viele Blasen mit flüssigem Inhalt. Am Scheitel, am Unterarm, an den Fingern und Knien ist die Haut hart und dunkelbraun, auf dem Kopf und Rücken angedrungen und mit Flüssigkeit durchtränkt, von blutroter Farbe. Augenlider, Ohren und Nase angedrungen, in den Lidern Blutaustritte. In Nase und Mund Aschenteile und blutige Flüssigkeit. Andere äussere Verletzungen sind nicht vorhanden. Die Kopfhaut ist stellenweise durch die Verbrennung an die Knochen angebacken. Die inneren Teile, z. B. Muskeln, Hirn, Baucheingeweide etc. sind wie gebacken, d. h. blass und leicht zerreisslich oder brüchig. Im Kehlkopf findet sich, ausser blutiger Flüssigkeit, Asche. In den Lungen ist das Blut dick wie Teer. In der rechten Herzhälfte und den zum Herzen führenden Gefässen befindet sich dunkles, flüssiges Blut. Innere Verletzungen durch Gewalt sind nicht zu finden.

Wie sich aus diesen Daten ergiebt, ist der Tod durch Erstickung und zwar, nach den Aschenteilen in den Atmungswegen zu urteilen, durch Erstickung im Ofen erfolgt, d. h. also der verstorbene Str. ist durch Verbrennung im Ofen ums Leben gekommen. Dass er lebend in den Ofen gekommen, ergiebt ausser der in den Luftwegen befindlichen Asche auch das Vorhandensein der mit Flüssigkeit gefüllten Brandblasen. Die Todesursache ergiebt also nicht die geringsten Schwierigkeiten. Sehr schwierig dagegen ist bei diesem Falle die Schuldfrage: handelt es sich um Mord, Selbstmord, oder unglücklichen Zufall?

Ehe ich diesen Fragen näher trete, muss ich eine nähere Beschreibung des Ortes, in welchem die Leiche des Str. gefunden wurde, voranschicken.

Die Badstube des Tischlers N. befindet sich in einem kleinen hölzernen Hause und besteht aus einem grösseren vorderen Raum zum Auskleiden und einem kleinern für ein sog. Schwitzbad. Gleich bei der Tür befindet sich ein aus Ziegeln gemauerter Ofen von über Tisch-Höhe, auf welchem sich lose Steine, welche durch das Heizen heiss gemacht werden sollen, befinden. Vor der Oeffnung des Ofens befindet sich eine 7 Zoll tiefer gelegene Stufe in der Bretterdiele von 28 Zoll im Quadrat. Der Boden dieser Vertiefung ist ungedielt und steht im gleichen Niveau mit dem der Heizöffnung. Die Heizöffnung stellt ein halbkreisförmiges Gewölbe von 46 Zoll Tiefe, 17 Zoll Breite und 13 Zoll Höhe vor. Sie ist also gerade nur so gross, dass ein gewöhnlich gebauter Mensch sich in dieselbe hineinzwängen kann. Von Sicherheben oder auch nur Händeausstrecken in diesem Gewölbe kann keine Rede sein. Zur besseren Uebersicht füge ich eine Skizze des Ofens bei.



In diesem Gewölbe nun wurde Str. an das Ende desselben mit seinem Kopfe anstossend, sodass nur noch die Knie herausstanden, mit dem Gesicht nach unten gefunden.

Wie ist er dort hineingekommen?

Das Nächstliegende ist natürlich, dass er von anderen hineingeschoben worden. Doch nicht nur, dass jeder Hinweis darauf fehlt, so sind auch noch andere Umstände, welche, sagen wir, nicht dafür sprechen, vorhanden. Wie die Sektion ergeben hat, ist Str. lebend in den Ofen gekommen. Um ihn aber in diese Höhle (so möchte ich den Heizraum des Ofens nennen) zu bringen, wären doch mehrere Personen nötig gewesen, oder aber Str. wäre vorher betäubt worden. Gutwillig hätte er sich keinenfalls in den glühenden Ofen schieben lassen. Nun finden sich aber nirgends irgend welche Anzeichen eines Kampfes, weder am Körper des Str., noch im Lokale selbst.

Ausserdem liegt nicht der geringste Hinweis, dass ausser Str. sich noch jemand in der Badstube befunden hat, vor; ebenso ist irgend ein Verdacht, wie gesagt, nicht vorhanden. Nehmen wir an, Str. wäre von jemandem vorher durch einen Schlag oder durch Würgen betäubt worden und hätte dieser ihn in der Annahme, dass er tot sei, um die Spuren des Mordes zu verwischen, in den Ofen geschoben. Hierbei wäre es der vor dem Ofen befindlichen Stufen wegen durchaus wahrscheinlich, dass Str. dabei die Rückenlage gehabt hätte. Doch wie dem auch sei, die Arme hätten sich in jedem Falle in gestreckter Lage befunden und nicht über der Brust. Wie schon gesagt, erscheint durch die Enge des Gewölbes ein späteres Heraufziehen der Arme unmöglich. Dass Str. sich im Ofen auf das Gesicht gekehrt, scheint auch aus demselben Grunde unwahrscheinlich, ausserdem hätte er sich dann auch des einzigen Hilfsmittels, sich durch Aufstemmen der Hacken auf den Boden aus dem Ofen herauszuziehen, begeben. Es muss also angenommen werden, dass Str. in der

Stellung, in welcher er im Ofen gefunden auch in denselben hineingekommen ist und das wäre aber im nicht besinnungslosen Zustande des Str. ohne Widerstand und Anwendung grösserer Kraft nicht möglich gewesen. Für Kampf und Gewalt sind aber keinerlei Zeichen und Hinweise gefunden worden.

Wenn wir die Möglichkeit eines Selbstmordes ins Auge fassen, so würde hierbei, da jeder andere Grund dafür fehlt, nur Geistesstörung oder temporäre Geistestrübung einen Anhalt geben können. Nun war aber Str. nachweislich geistig normal, ruhigen Charakters, zur Zeit des Unfalles, wie auch sonst, nüchtern. Dunst oder dergleichen war in der Badstube nicht vorhanden. Str. hätte in dem Falle selbst in die enge glühende Ofenhöhle sich hineinzwängen müssen. Dabei hätte er sich schon gleich am Eingange derselben verbrannt und hätte wohl seinen Plan aufgegeben. In der Glut der Höhle hätte er ferner wahrscheinlich bald die Besinnung verloren, wäre also wohl kaum mit dem Kopf bis ans Ende der Höhle gekommen, wenn wir auch annehmen, dass Str. durch Stemmen mit den Füssen an die Stufe sich wohl in dem Ofen weiter hätte fortschieben können. Die Arme resp. Hände hätte er ja, wie schon oben ausgeführt, der Enge der Höhle wegen dazu nicht gebrauchen können. Doch kann man die Möglichkeit, dass Str. durch sich selbst ganz in den Ofen gekommen, nicht ganz von der Hand weisen. Aus diesem Grunde muss auch die Möglichkeit eines unglücklichen Zufalles offen gelassen werden. Str. hätte aus irgend welchen Gründen den Kopf bis über die Schultern in den Ofen gesteckt und dann war durch die Enge der Höhle ein Herauskommen, da der Gebrauch der Arme ausgeschlossen, nur möglich, wenn er sich auf den Rücken brachte und durch Anstemmen der Hacken auf die Diele bei gebeugten Knien sich herauszog. Doch wäre ein solches Umwenden auf die Rückenlage in der Enge der Höhle, wenn auch nicht ganz unmöglich, so doch nur sehr langsam möglich gewesen und bis dahin wäre wohl schon der Tod durch Erstickung eingetreten. Dass er ganz in den Ofen geraten, liesse sich durch ein Hineinstossen mit den Füssen, welche die einzigen noch frei beweglichen Körperteile waren, in der Erstickungsnot erklären. Die vorstehende Stufe bildete unwillkürlich dazu den besten Stützpunkt. Doch hat eine solche Annahme eines Zufalles zu viel Unwahrscheinlichkeit an sich, denn welch' ein vernünftiger Mensch würde wohl seinen Kopf in ein glühendes Ofenloch stecken.

Nach dem oben Ausgeführten scheint mir eine Entscheidung darüber, wodurch der Tod des Str. durch Verbrennen im Ofen veranlasst, nach dem bisherigen Befunde überhaupt nicht möglich. Dass man es mit einem Mord oder Totschlag zu tun hätte, würde am meisten allen Erfahrungen entsprechen, wenngleich ein solcher Fall doch wohl auch sehr ungewöhnlich sein dürfte.

In den Lehrbüchern habe ich nur einen einigermassen ähnlichen Fall gefunden und zwar in der letzten Auflage des Hoffmann'schen Lehrbuches vom Jahre 1903.

In einer Irrenanstalt steckte ein Geisteskranker, nachdem er sich 2 oberflächliche Stiche in den Bauch beigebracht hatte, seinen Kopf in ein Ofenloch und legte ihn auf die glühenden Kohlen, so dass bis auf die Knochen dringende Verbrennung der einen Kopfseite entstanden war. Der Tod erfolgte erst nach 12 Tagen. Hier haben wir es also mit einem Geisteskranken zu tun und finden ausserdem noch Wunden am Körper, welche Deutungen zulassen und sind nicht so ohne alle Hinweise, wie in dem von mir beschriebenen Falle.

Ich glaube meinen Fall, obgleich eine Erklärung für ihn bis jetzt nicht gefunden, doch weitern Kreisen nicht vorenthalten zu müssen, besonders da die Literatur an dergleichen noch so wenig aufweist. Falls sich in späterer Zeit irgend eine Erklärung des Falles, wozu wenig Hoffnung vorhanden, finden sollte, so werde ich nicht verabsäumen, darüber Mitteilung zu machen.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 4. Februar 1904.

1. Dr. H. Berg stellt einen Fall von Pityriasis rosea vor, der im Stadium seiner augenblicklichen Entwickelung eine entschiedene Aehnlichkeit mit einem makulösen Syphilid aufweist. Bei Besprechung der Erkrankung weist er auf die gelegentlichen differential-diagnostischen Schwierigkeiten hin.

Dr. H. Berg stellt ferner ein Kind von 1 Jahr 4 Monaten mit Lepromen vor. Es ist gelungen, aus dem Gewebssaft eines Knotens Bazillen zu färben.

Vor einem Monat sah Ref. das Kind zum erstenmal und es wurde die Angabe gemacht, dass die Krankheit seit drei Monaten bestände. Die Mutter ist vollkommen gesund, der Vater des unehel. Kindes angebl. gesund, z. Z. ausser Landes. Das Kind befand sich seit der Geburt tagsüber in Pflege bei einer Frau. Die Frau A. K. 58 a. n. leidet an Lepra in bereits vorgeschrittenen Stadien, sie hat sich leider der Vorstellung entzogen. Dr. B. behält sich weitere Mitteilungen vor, falls es ihm gelingt, den Fall weiterhin zu beobachten.

(Autoreferat.)

Dr. v. Bergmann: Lepra bei kleinen Kindern gehöre zu den grössten Seltenheiten. Die bisher beschriebenen vereinzelten Fälle seien übrigens in Bezug auf die Diagnose nicht ganz einwandsfrei. Vorliegender Fall mit positivem Bazillenbefunde repräsentiere daher eine ganz besondere Rarität. Ohne diesen Bazillenbefund würde hier die Richtigkeit der Diagnose auch noch fraglich erscheinen können, da die sehr charakteristische Infiltration, auf welcher die Lepraknoten zu sitzen pflegen, fehlen.

Dieser Fall sei fernerhin insofern von wissenschaftlicher Bedeutung, als er die bisherige Annahme einer mindestens 3-jährigen Inkubationszeit der Lepra umstosse.

Es wäre von theoretischem Wert, hier eine Untersuchung des Nasenschleimes auf Leprabazillen vorzunehmen, da die Nase gerade vielfach als Eingangspforte für die Infektion angesehen werde.

2. Dr. Vogel (als Gast) hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber einen Fall von operativ geheilter Herzstichwunde».

(Autoreferat.)

Referent weist darauf hin, dass erst seit der ersten glücklich gelungenen Herznaht die Chirurgen der operativen Behandlung der Herzverletzungen nähergetreten sind. Es kämen nur die minder schweren Schuss- und Stichverletzungen in Betracht, da die schweren, namentlich die Herzrupturen, sehr bald nach der Verletzung sterben. Ob Perikard allein, oder auch das Herz selbst verletzt ist, lässt sich nicht mit Bestimmtheit entscheiden. Symptome der Verletzung sind Lage der Wunde, Haemopericard, oberflächliche Atmung, Angstgefühl, Cyanose, Collaps, auch unwillkürliche Stuhlentleerungen. Diese Symptome können zum grössten Teil fehlen, während das wichtigste Symptom, der unregelmässige, kleine, frequente Puls, immer vorhanden ist. Die Pleura ist fast immer mitverletzt. Die Prognose ist im allgemeinen ungünstig, obgleich sie sich mit dem operativen Einschreiten gebessert hat. Abgesehen von der Art und Grösse der Verletzungen bieten die Verwundungen der Herzspitze die beste Prognose, dann der rechte und zuletzt der linke Ventrikel. Verletzungen der Coronargefässe bieten schlechte Chancen, obgleich auch hier Heilungen zu verzeichnen sind. Tod kommt durch Verblutung oder durch die Herztamponade zustande. Früher, bei der exspektativen Behandlung, wurden nach Fischer 10 pCt. Heilung berechnet, seit dem operativen Verfahren 27 pCt. nach Fontan. Gegen die Operation liesse sich anführen, dass viele Fälle, die unschuldig waren, auch ohne Operation durchgekommen wären, durch die Operation aber noch der Gefahr einer Pericarditis ausgesetzt wurden. Andererseits liesse sich niemals mit Sicherheit die Schwere der Verletzung nach den augenblicklichen Symptomen beurteilen. Ausserdem sind in einigen Fällen von exspektativ behandelten geheilten Herzverletzungen nach Monaten totale Synechien auf dem Sektionstische gefunden worden, so dass kein Vorteil vor den operierten, tamponierten bestehe. Zur Freilegung des Herzens sind die verschiedensten Methoden empfohlen worden. Lappen mit totaler, medialer, oberer und unterer Basis und die einfache Rippenresektion.

Es gilt als Regel in der Diastole zu nähen. Während des Durchstiches ist ein kleiner Herzstillstand zu beobachten. Die meisten Autoren benutzen geknöpfte Nähte, während Terrier und Reymond die fortlaufende für die beste halten. Dieselben vernähen auch Pleura und Pericard, da sie bei der Tamponade eine Infektion von aussen fürchten. Mehrere Fälle sind auch ohne Tamponade geheilt. Hierzu werden sich besonders Schussverletzungen, die ja aseptischer sind, eignen. Viele andere Autoren raten zu tamponieren, wenn auch nur wenig ausgiebig und für kurze Zeit, da auch die tamponierten meistenteils schnell heilten und keine Beschwerden hätten.

Zum Schluss wird die Krankengeschichte eines einschlägigen Falles, wo die Operation vom Referenten mit Erfolg ausgeführt worden ist, referiert. (Dieser Fall ist im Zentralblatt für Chirurgie Nr. 22, 1904 veröffentlicht worden.

(Autoreferat.)

Dr. v. Bergmann: Vortragender sei für diesen Heilungsfall — den ersten dieser Art in Riga — nur zu beglückwünschen.

Was die prinzipielle Frage der Tamponade resp. Vernähung des Herzbeutels betrifft, so entscheidet sich Redner für erstere.

Auch Zoege habe in seinem letzthin veröffentlichten Falle tamponiert, obgleich eine Schusswunde im ganzen weit weniger Gefahr einer Infektion in sich schliesse, als ein Messerstich.

Digitized by Google

Eine Statistik aus dem Obuchowhospital habe für die Fälle mit Tamponade nur Heilungen, für die Vernähung nur Todesfälle zu verzeichnen.

Auch in den scheinbar günstigsten Fällen würde sich doch die Anlegung einer Drainage — sei es auch nur in Form eines kleinen Drainrohres — empfehlen. Die Eventualität nachträglicher Adhäsionen müssen eben in Anbetracht der sonst grösseren Gefahren mit in den Kauf genommen werden, zumal da eine von den Verwachsungen zu befürchtende funktionelle Einbusse für das Herz sogar fraglich sei.

Dr. O. Brehm: Die Erfolge des exspektativen Verfahrens seien dadurch fraglich, dass der sichere Beweis für die Perforation des Herzens in diesen Fällen fehle.

Zwei in der Literatur beschriebene Fälle von embolischer Verschleppung von Kugeln seien allerdings beweisend für die Möglichkeit der spontanen Ausheilung einer Herzperforation. In einem Falle handelt es sich um Verschleppung in eine Subclavia mit Verschluss der Arterie. Die Kugel wurde, als wegen Ichamie des zugehörigen Armes operativ eingegriffen wurde, im unverletzten Arterienrohr gefunden

Im andern Falle war die Kugel in eine Pulmonalvene eingedrungen, und von dort durch den rechten Ventrikel in die Arteria pulmonalis gelangt.

3. Dr. P. Bergengrün hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber einen letalen Fall von Empyema sinus ethmoidalis».

E. W., 28 Jahre alt, Opernsänger, im allgemeinen stets gesund gewesen, gab im August 1903 an, seit 5 Jahren an Luftmangel in der rechten Nase und häufig sich wiederholendem Schnupfen zu leiden, hie und da Kopfdruck und Schmerz über dem rechten Auge. In letzterer Zeit häufig Indisposition der Singstimme, Kratzen und Räuspern. Befund: chronische Pharyngitis und Laryngitis mässigen Grades von trockenem Charakter. Rechte Nase: starke Verdickung der unteren Muschel, dem Septum der sehr engen Nase anliegend; mehr oben beträchtliche Polypenmassen von geringen Eitermengen umgeben. Deviatio septi convex nach rechts. Die Sonde gerät bei leichter Führung durch die Polypenmassen auf rauhe Knochenkanten. Druckempfindlichkeit am rechten inneren Orbitalwinkel und am Boden der Orbita. Durchleuchtung ergiebt nirgend Verdunkelung. Diagn.: Empyema sin. ethmoidal. dextr., und wahrscheinlich auch des sin. frontal.; Rhinopharyngitis, Pharyngitis, Laryngitis chronica. — Zunächst nur Behandlung der Pharyngitis und Laryngitis mit Adstringentien; die in letzter Zeit heisere Stimme wurde klar; Pat. absolvierte sein erstes Debut mit grossem Erfolge. Bald darauf Entfernung der Hypertrophien und, soweit bei der sehr engen Nase möglich, der Polypen und Ausräumung einiger Siebbeinzellen. Gleich darauf Erleichterung. Pat. blieb dann fort. 6 Wochen später plötzlich rasende Kopfschmerzen; 5 Tage später sah Vortr. den Pat. mit den Anzeichen beginnender Meningitis, starker Schwellung der linken regio supraorbitalis, die auf Druck äusserst empfindlich ist, protrusio bulbi. Trotz geringer Hoffnung auf Erhaltung des Lebens Aufmeisselung der l. Stirnhöhle, um nichts unversucht zu lassen., da es sich möglicher Weise auch um ein stürmisch verlaufendes akutes Empyem mit Durchbruch in die Orbita handeln konnte. Das Bild der Thrombose d. Sinus cavernosus stand freilich im Vordergrunde. Die Stirnhöhle war aber frei; Exitus leth. 5 Stunden post oper. Sektion: Eitrige Meningitis an d. Convexität der linken Grosshirnhemisphäre, an der Basis auf den Schläfenlappen beschränkt; Thrombosierung des die sella turcica umgebenden Sinusringes, sowie des sinus alae parvae sin. und der Venae ophthalm. sin Die die Nebenhöhle der Nase überdachenden Knochenlamellen an der Schädelbasis sowie die Dura durchweg intakt. — Rechte Stirnhöhle: frei von Eiter, chronischer Schwellungskatarrh der Mucosa, rechtes Siebbeinlabyrinth erfüllt von reineitrigem Exsudat, Mucosa teils vollkommen zu Grunde gegangen, teils missfarben, gelockert, geschwollen. Rechte Keilbeinhöhle ebenfalls voll Eiter. Siebbein und Keilbein links normal.

Als Wege, auf welchen von der Nase und ihren Nebenhöhlen cerebrale Infektionen stattfinden, kommen in Betracht: 1) eitrige Schmelzung und Perforation der die Nebenhöhlen vom Cavum cranii abschliessenden Knochenlamellen. 2) Durchwanderung der letzteren von infektiösem Material, 3) Verschleppung derselben durch Lymph- und Blutbahnen. — In unserem Falle ist, da die Knochen und die Dura intact waren, die Infektion wohl durch die Blutbahn erfolgt: durch die Vena frontalis und infraorbit. —, welche in die Venae ophthalmicae münden, ist direkte Verbindung zwischen den Blutadern der Nase und des Sinus cavernosus gegeben. In die Vena ophthalmica sup. münden ausserdem die aus dem Siebbein kommenden Venae ethmoidal. ant. und post. Die Bedingung zu einer solchen Infektion. Abhebung und eitrige Zerstörung des Periostes, aus welchem die Venen ihr Blut beziehen, war durch die Vereiterung der Siebbeinzellenschleimhaut durchaus gegeben.

Vortr. glaubt, die Frage, ob er sich einen Vorwurf daraus machen müsse, den Pat. nicht von vornherein zu einer eingreifenderen Operation überredet zu haben, verneinen zu dürfen: die subj. Beschwerden waren zu geringfügig, die Nasenenge machte ein sicheres intranasales, eingreifenderes Operieren unmöglich, es hätte dann von aussen operiert werden müssen, und eine doch von vornherein mit Sicherheit nicht auszuschliessende Entstellung des Gesichtes hätte die ganze Laufbahn des Pat. als Opernsänger in Frage stellen können. Vortr. erwähnt hierbei eines Falles, in dem eine Pat., der er enorme Polypenmassen aus der Nase und einen Teil der vorderen Siebbeinzellen in mehreren Sitzungen entfernte; die Pat., welche alle Eingriffe fieberlos durchmachte, erkrankte zum Schluss, als sie abreisen sollte, an Meningitis, und starb in kurzer Zeit. -- Die Gefahr, welche stets mit den Operationen der Nebenhöhlen verbunden sein kann, liess ihn im Falle E. W. zunächst von weiteren Eingriffen abstehen, zumal Pat. sich nach Befreiung der Nasenatmung sehr wohl fühlte.

Vortr. kommt zu dem Schlusse, dass 1) eine jede Nebenhöhlenerkrankung nicht als unbedingt harmlose Sache angesehen werden dürfe, 2) bei allen Sektionen entzündlich-intracranieller Erkrankung stets die Nasennebenhöhlen untersucht werden sollen, da sie oft die einzige Krankheitsursache: Empyem enthalten. 3) Die Indikationsstellung für eingreifendere Operationen wegen chron. Nebenhöhleneiterung mit geringen subj. Beschwerden ist eine äusserst schwierige, da man vor plötzlichen Katastrophen, nie sicher sei, andererseits die Eingriffe u. bes. auch die Nachbehandlung oft die grössten Anforderungen an die Geduld der Pat. stellen.

(Autoreferat).

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

Vermischtes.

Der Allg. Verein St. Petersburger Aerzte wählte in seiner Jahresversammlung zum Präsidenten des Vereins — Dr. E. Blessig, zum Vizepräsidenten — Dr. Th. Dobbert, zum geschäftsführenden Sekretär — Dr. W. Fick, zum wissenschaftlichen Sekretär — Dr. G. Voss (stellv. Dr. O. Moritz), zum Kassierer — Dr. G. Krich und zum Bibliothekar — Dr. R. Wanach (stellv. Dr. E. Blessig).

— Zum Direktor und Oberarzt des St. Petersburger Marienhospitals für Arme und des Alexandrahospitals für Frauen ist der bisherige Gehülfe des Oberarztes des St. Petersburger städtischen Obuchowhospitals, Geheimrat Dr. Trojanow, ernannt worden, unter Belassung in den von ihm bekleideten Stellungen eines Mitgliedes des Konseils der Kaiserl. Philanthropischen Gesellschaft und eines beratenden Mitgliedes des militär-medizinischen gelehrten Komitees, sowie des Medizinalrats des Ministeriums des Innern.

— Im Dezember vorigen Jahres beging der bekannte frühere Landschaftsarzt Dr. D Shbankow, welcher als Leiter der Sanitätsabteilung des Smolensker Landschaftsamtes sich um die Landschaftsmedizin verdient gemacht hat, das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit. Einer Feier seines Jubiläums war er ausgewichen.

— Der bisherige chirurgische Konsultant am Marienhospital in Sewastopol, Staatsrat Dr. Viktor Plotnikow, ist zum Oberarzt des Hospitalschiffes «Kostroma», das mit dem dritten Russischen Geschwader nach Ostasien geht, ernannt worden. — Dr. Plotnikow, welcher gegenwärtig im 48. Lebensjahre steht, hat seine Schulbildung in Riga genossen und seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er auch 1884 zum Doktor med. promoviert wurde. — Die «Kostroma» geht Mitte Februar von Odessa aus in See und wird die Flagge des Roten Kreuzes führen, worüber die japanische Regierung durch den französischen Gesandten in Tokio verständigt wurde. Was die Hospitalschiffe anbelangt, so hat auch die japanische Regierung ganz besonderen Wert auf Bau und Einrichtung solcher Schiffe gelegt und schon i. J. 1898 zwei solcher Schiffe bauen lassen, von denen jedes einen Kostenaufwand von 1,100,000 Mk. (= 500,000 Rbl.) verursachte. Jedes dieser Hospitalschiffe enthält 200 Betten und hat einen vorher eingeübten Stab von Aerzten, Heilgehülfen und Pflegerinnen, welche von der Gesellschaft des Roten Kreuzes unterhalten werden. Während des Boxeraufstandes haben diese beiden Schiffe sich ausserordentlich bewährt, da sie nicht weniger als 3059 Patienten der Streitkräfte der verbündeten Nationen, also auch Europäer, aufnahmen.

— Wie aus Odessa gemeldet wird, ist seitens der dortigen Universität die Berufung auf den Lehrstuhl der Hygiene an den jetzt in Zürich lebenden, früheren Moskauer Professor Dr. Erismann ergangen. In einem Briefe soll nun Prof. Erismann sein Bedauern ausgesprochen haben, dass er durch die Verhältnisse gezwungen diesem Rufe nicht Folge zu leisten vermöge, da er seine Familie nicht mehr unter die russischen Lebensbedingungen versetzen und seine Kinder nicht jetzt noch russisch erziehen könne.

Digitized by Google

— Zum Direktor der kaukasischen Mineralquellen ist der bisherige Chef der Irkutsker Montanverwaltung, Bergingenieur wirkl. Staatsrat Iwanow ernannt worden, an Stelle des Bergingenieurs Chwoschtschinski, der Mitglied des Konseils des Ministers der Reichsdomänen geworden ist.

— Verstorben: 1) Am 18. Januar zu Moskau der Arzt eines dortigen Armenasyls Dr. Sergius Ssawinow im 24. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat S. seit 1888 ausgeübt. 2) In St. Petersburg am 21. Januar Dr. Abraham Wollerner im Alter von 43. Jahren. Der Hingeschiedene war seit 1889 Arzt in Odessa, wo er sich mit Nervenkrankheiten und Hydrotherapie beschäftigte. — 3) In Tiflis Dr. Georg Tarsaidse im 48. Lebensjahre nach 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) Der ältere Arzt der I. Reserve-Artilleriebrigade Dr. Nikolai Higler im Alter von 50 Jahren. Die Venia practicandi hatte er vor 20 Jahren erlangt. 5) In Bayreuth der langjährige Leiter der von ihm gegründeten Privatheilanstalt St. Gilgenberg (bei Bayreuth), Geh. Hofrat Dr. August Falco, im Alter von 74. Jahren. Er war auch viele Jahre Arzt des vor kurzem in seiner Anstalt für Nerven- und Gemütskranke verstorbenen Fürsten Alexander von Lippe.

— Laut Mitteilung der Exekutivkommission der Hauptverwaltung des Roten Kreuzes ist der Kammerherr Alexandrowski infolge seines Uebertritts in den Dienst des Kriegsressorts als Sanitätschef der I. Armee nicht mehr Hauptbevollmächtigter des Roten Kreuzes. Die Obliegenheiten eines Hauptbevollmächtigten des Roten Kreuzes bei der Operationsarmee sind provisorisch, bis zum Eintreffen des zum Hauptbevollmächtigten ernannten Fürsten B. A. Wassiltschikow, dem Gehülfen des Bevollmächtigten, A. J. Gutschkow, übertragen worden.

— Dass es auf dem Kriegsschauplatze nach der stilleren Zeit wieder heisse Arbeit in den Hospitälern giebt, dafür spricht auch das von dem Oberarzt Dr. Schieman am 21. Januar in Guntschulin aufgegebene, aber erst am 31. Januar hier eingetroffene Telegramm, in welchem er mitteilt, dass im Evangel. Feldlazarett gegenwärtig wieder 200 verwundete Soldaten und 22 Offiziere sind. Es kam der Befehl, viele aufzunehmen so als eben möglich.

— Der Ritterschaftsarzt Dr. Alfred Schneider in Trikaten (Livland) ist zum aktiven Dienst als Militärarzt einberufen und dem Medizinalinspektor in Irkutsk zur Verfügung gestellt worden.

— Auf dem Kriegsschauplatze ist der Arzt eines Schützenregiments Dr. Nikolai Schestakow, verwundet worden.

— Zum Leiter des neu errichteten Sanitätsbureaus beim Tulaschen Gouvernements-Landschaftsamte ist der frühere Sanitätsarzt im Jekaterinoslawschen Gouvernement Dr. Kondorski berufen worden.

— Der bekannte Direktor des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a/Main. Prof. Dr. Paul Ehrlich, ist zum ordentlichen Honorarprofessor in der medizinischen Fakultät der Universität zu Göttingen ernannt worden. Der Sitz seiner amtlichen Tätigkeit wird nach wie vor in Frankfurt bleiben, jedoch erhält Prof. Ehrlich das Recht, ohne bestimmte Verpflichtung Vorlesungen an der Universität Göttingen zu halten.

— Zum Nachfolger des Professors Zahn auf dem Lehrstuhl der pathologischen Anatomie an der Universität Genf ist der Privatdozent der Königsberger Universität, Prof. Dr. Max Askanazy, berufen worden und hat den Ruf angenommen.

— Auf Anregung des Dr. W. Spindler, tritt in nächster Zeit im Süden Russlands ein grosses evangelisch-deutsches philanthropisches Unternehmen, nämlich ein in der Stadt Alexandrowsk (Gouv. Jekaterinosslaw) zu gründendes evangelisches Krankenhaus für psychische Kranke und Epileptische, ins Leben. Die Statuten sind im Oktober a. pr. bestätigt und es ist der Verwaltungsrat bereits gewählt worden, welcher sich mit einem warmen Appell zur Beihülfe insbesondere an die evangelischen Gemeinden des Südens gewandt hat.

— Vakanz. In Folge der zahlreichen Einberufungen von Aerzten zum aktiven Militärdienst ist. wie wir schon mehrfach zu berichten Gelegenheit gehabt haben, in vielen Gegenden des Reiches ein fühlbarer Mangel an ärztlicher Hülfe eingetreten. So wird nun auch aus dem grösseren Flecken Oberpahlen (Livland) in der «Nordl. Ztg.» die Klage geführt, dass dieser Ort mit seiner dichtbevölkerten Umgebung seit einiger Zeit ohne Arzt ist. Im September vorigen Jahres wurde von dort der freipraktizierende Arzt Dr. Utt als Reservearzt zur Armee einberufen und am 19. Januar d. J. musste auch der Kirchspielsarzt Dr. Hasenjäger sich als Militärarzt auf den Kriegsschauplatz begeben. Eine Petition bei der Medizinalverwaltung, dass Dr. Hasenjäger als derzeit einziger Arzt für Oberpahlen und Umgegend in seiner Stellung verbleiben dürfe, war vergeblich. Es wird daher die Niederlassung eines Arztes in diesem Orte mit Freuden begrüsst werden. Anfragen sind zu richten an E. v. Pistohlkors — Immafer per Oberpahlen.

— Der vor Kurzem geschlossene estländische Landtag hat für die Zwecke des Sanitätswesens auf dem flachen Lande Estlands einen Kredit von 30,000 Rbl. bewilligt und beschlossen, den ritterschaftlichen Ausschuss zu autorisieren, diesen Kredit:

1) bis zum Betrage von 15,000 Rbl. zur Anstellung von 25—30 Landschaftsärzten mit einem Gehalt von 400—600 Rbl. in Anspruch zu nehmen und den anzustellenden Aerzten innerhalb bestimmter Bezirke die Verpflichtung der sanitären Aufsicht, sowie die Praxis unter dem Landvolk zu feststehenden Taxen aufzuerlegen;

2) bis zum Betrage von 7000 Rbl. zur Anstellung von 50—60 Landeshebammen mit Gehalten von 75—50 Rbl. zu verwenden;

3) bis zum Betrage von 8000 Rbl. denjenigen privaten Verbänden zur Anstellung von Aerzten auf dem Lande, deren Aerzte die Pflichten eines Landschaftsarztes in einem bestimmten Rayon übernehmen können, als Subventionen anzuweisen zum Unterhalt von Krankenstationen, zur Anstellung von Feldschern und, wo es erforderlich sein sollte, zur Miete von Doktoraten;

4) aus dem in den ersten Jahren nicht zur Verwendung gelangenden Teile des jährlichen Kredits von 30,000 Rbl. Darlehen zum Bau von Doktoraten auf dem flachen Lande zu erteilen.

Endlich wurde beschlossen, zur Ausführung der erforderlichen Vorarbeiten bei der Durchführung vorstehender Beschlüsse, zur Bearbeitung der einschlägigen Fragen und zur fortlaufenden Leitung des Sanitätswesens eine ständige Kommission unter dem Präsidium des Ritterschaftshauptmanns zu konstituieren, bestehend aus einem Vizepräsidenten, 4 Kreisgliedern, einem Arzte und einem geschäftsführenden Gliede, die vom ritterschaftlichen Ausschuss zu wählen sind, wobei es dem ritterschaftlichen Ausschuss überlassen wird, erforderlichen Falls ein Gehalt für den Arzt und das geschäftsführende Glied dieser Kommission zu fixieren. Erforderlichen Falls können die Funktionen des geschäftsführenden Gliedes dem Aerzte übertragen werden.

— Vom 7./20. bis 10./23. August d. Jahres wird in Lüttich (gleichzeitig mit der Allgemeinen Weltausstellung), unter dem Protektorat der Belgischen Regierung, der VII. Internationale Kongress zur Erörterung der Frage über billige Wohnungen abgehalten werden.

Zur Verhandlung gelangen folgende Gegenstände:

1. Prüfung der Tätigkeit gemeinnütziger und staatlicher Körperschaften zur Beschaffung billiger Wohnungen überhaupt und insbesondere für die ärmsten Bevölkerungsklassen.
2. Einfluss verschiedener Steuern auf die Beschaffenheit der Wohnungen.
3. Wirtschaftliche und sanitäre Beaufsichtigung der Wohnungen. Privatinitiative zur Sanierung der Wohnungen.
4. Reglementierung des planmässigen Ausbaus von Wohnungen zu sogen. «Arbeiterkolonien», Cottage-Ansiedlungen.
5. Hygienische, ökonomische und soziale Wohnungsstatistik. Prüfung der angewandten Methoden und der erzielten Resultate.
6. Verschönerung der Arbeiterwohnungen, ohne besondere Kostensteigerung.
7. Anlage von Gärten durch Arbeiter. Erwerbung von Grundstücken durch Arbeiter. Entwickelung und erzielte Resultate. Darauf bezügliche Gesetze.

Alle Staaten werden zur Teilnahme an der Erörterung dieser Fragen aufgefordert, wobei ihnen freigestellt ist, für jede derselben einen eigenen Berichterstatter zu ernennen.

Von den Mitgliedern des Kongresses wird ein Beitrag von nicht weniger als 10 (zehn) Frank erhoben, die gedruckten Berichte des Kongresses können aber nur Denjenigen zugestellt werden, welche den erwähnten Betrag bis zum 1. Mai n. St. 1905 entrichtet haben.

Briefe und Geldbeiträge sind an den Präsidenten des Organisations-Komitees in Brüssel zu richten: M. Lepreux, Président du Comité d'organisation du VII. Congrès International des Habitations à bon marché, 48, rue du Fossé au Loups, à Bruxelles.

Diejenigen, welche die Statuten und das ausführlichere Programm des VII. Kongresses zu erhalten wünschen, werden gebeten, sich schriftlich zu wenden an Dr. L. Berthenson, (Sergiewskaja 28), den Vertreter Russlands im Komitee der Internationalen Kongresse zur Erörterung der Fragen über billige Wohnungen.

— Das von Dr. E. Graetzer, Redakteur des Zentralblattes für Kinderheilkunde, verfasste «Vademecum für die Kinderpraxis» ist von dem bekannten New-Yorker Kinderarzt Dr. Hermann B. Scheffield ins englische übertragen worden.

— Epidemiologisches. Die Cholera ist wieder im Gebiet des Donischen Kosakenheeres aufgetreten, wo vom

Digitized by Google

23. Jan.—4. Febr. in der Nähe der Eisenbahnstation Morosowskaja 7 Personen erkrankt und 3 Personen gestorben sind. In anderen Ortschaften des Reiches sind keine Cholaerkrankungen vorgekommen.

An Milzbrand sind im Gouv. Wjatka vom 26. Jan.—4. Febr. weitere 32 Neuerkrankungen registriert worden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. Jan. d. J. 10066 (154 mehr als in d. Vorw.), darunter 921 Typhus — (222 mehr). 945 Syphilis — (13 wen.), 279 Scharlach — (7 mehr), 97 Diphtherie — (6 wen.), 43 Masern — (3 wen.) und 12 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 23. bis zum 29. Januar 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
567	397	964	212	99	166	22	12	29	84	71	85	60	63	48	11	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 39, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 13, Scharlach 22, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 40, Erysipelas 3, Grippe 19, Katarrhalische Lungenentzündung 148, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 125, Tuberkulose anderer Organe 20, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 32, Krankheiten des Verdauungskanals 104, Totgeborene 41.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 22. Febr. 1905.

Tagesordnung: O. Moritz: Zur Kenntnis der Eiweisskörper im nephritischen Urin.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 14. Febr. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Thiocol-Pastillen „Roche“ à 0,5 gr. bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche“ wohlriechender angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Sulfosot-syrup „Roche“ entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolderivat der modernen Therapie, dessen antituberkulöse Wirkung experimentell und klinisch festgestellt ist.

Vorteile: Gegenüber allen Kreosot-, bezw. Guajacolpräparaten besitzt Thiocol die Vorteile völliger Löslichkeit in Wasser, absoluter Geruchlosigkeit, gänzlicher Reizlosigkeit für Schleimhäute, und grosser Resorbierbarkeit.

Indikationen: **Lungen- und Kehlkopftuberkulose**, namentlich im Initialstadium, **chronische Bronchitiden, chirurg. Tuberkulose** (der Knochen, Drüsen etc.), **chronische Diarrhoen.**

Verordnung: In Dosen von 2—3 gr. pro die in Pulver à 0,5, oder in wässeriger Lösung mit einem Syrup als Geschmackscorrigens. Besonders geeignete Anwendungsweise sind **Thiocoltabletten à 0,5**. Bei Diarrhoen 3 Mal täglich 0,5, am besten in Tabletten.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Co., Fabrik chem.-pharm. Producte

Basel (Schweiz). *Grenzach* (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Proben stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Airol „Roche“ bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche“ wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche“ synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta] der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“ haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate.

Arsylin „Roche“ ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Digitized by Google

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel,** Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (1) 26—23.

Salit (Salicylsäurebornylester). Wirkt als äusserliches Mittel besonders günstig bei allen nach Erkältung auftretenden **rheumatischen** und **neuralgischen Schmerzen,** bei **Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus** und **Ischias.** Von einer Mischung aus gleichen Teilen Salit und Olivenöl in der Regel **täglich 2 mal ½ bis 1 Kaffee**löffel voll in die Haut der erkrankten Körperteile einzureiben. — Salit ist ausserordentlich billig.

Collargol. Bei **septischen Erkrankungen** (Septikämie, Puerperalprozessen — auch prophylaktisch bei Geburten —, Endokarditis, Milzbrand etc.) als Lösung zur **intravenösen** und **rektalen** Anwendung, als „**Unguentum Credé**" zum Einreiben. — Zur **Wundbehandlung** in Form von Tabletten etc.

Itrol. Silberpräparat für Augen- und Geschlechtskrankheiten, besonders **Gonorrhöe.**

Acoin. Billiges **Lokal-Anästhetikum** von intensiverer und längerer Wirkung als Kokain.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (19) 11—2.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY (4) 17—15.

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und andere Krankheiten.
Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Wasserheilanstalt
Traunstein-Oberbayern
Sanatorium für Nervenkranke
Das ganze Jahr geöffnet. Leiter und Besitzer Dr. med. G. Wolf.

Sanatorium Villa Primavera.
Gardone Riviera, Italien.
Prospekte des Sanitätsrats Dr. **Koeniger.**

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:

Die Wirkungen von Arzneimitteln und Giften auf das Auge.
Handbuch für die gesammte ärztliche Praxis von Prof. Dr. L. Lewin und Oberstabsarzt Dr. H. Guillery.
II. Band. gr. 8. Mit Textfig. 1905. 26 M.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit **dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die** private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins
Maximilianowsky Pereulok, 11.
verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege nothwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.
Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.
Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Дозв. ценз. Спб., 11 Февраля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
APR 1 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 7 St. Petersburg, den 19. Februar (4. März). **1905.**

Inhalt: Dr. W. v. Grot: Zur Kasuistik der Penisverletzungen. — Dr. Arthur Jordan: Guter Erfolg durch Antistreptokokkenserum bei einem schweren Erysipelfall. — **Referate:** E. Feer: Nagelveränderungen nach Scharlach und Masern. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** P. Asch: Ueber den Einfluss der bakteriellen Stoffwechselprodukte auf die Niere. — Türk: Vorlesungen über klinische Hämatologie. Erste Teil: Methoden der klinischen Blutuntersuchung. Elemente der normalen und pathologischen Histologie des Blutes. — Lesser: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. — Ernst Gaupp, A. Ecker's und R. Wiederheim's Anatomie des Frosches. — **Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.** — **Nachrichten von Kollegen aus dem fernen Osten.** — **Vermischtes.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

(Aus der I. chirurg. Abt. des Rigaschen Stadtkrankenhauses. Chefarzt Dr. A. v. Bergmann).

Zur Kasuistik der Penisverletzungen.

(Vortrag gehalten auf dem XVI. livl. Aerztetage zu Dorpat im Sept. 1904).

Von

Dr. W. v. Grot.

(Schluss).

Wenden wir uns nun zu den offenen Verletzungen des Penis, so sind nach der Art der Entstehung zu nennen: Stich-, Schuss-, Riss- und Schnittwunden.

Die Stichwunden sind äusserst selten und werden gleich den Schusswunden fast nur im Kriege gesehen. Eine nicht seltene Entstehungsursache ersterer sind Beckenbrüche. Ueber die Häufigkeit der Penisschüsse liegen mehrere Beobachtungen vor. Chenu fand im Krimmkriege 0,06—0,07 pCt. Penisschüsse; im italienischen Kriege 0,05 pCt. und Beck aus dem deutsch-französischen Kriege die gleiche Zahl. Meistenteils sind auch hier die Wunden kompliziert durch Verletzungen der Harnröhre, des Scrotums, Beckens u. s. w. Die Behandlung ist die gleiche wie die der Schusswunden überhaupt. Häufiger sind die Risswunden. Die Einrisse des Frenulums sind bei richtiger Behandlung belanglos. Nur bei Vernachlässigung können sie zur Verwechslung mit chankrösen Geschwüren Veranlassung geben (v. Bramann); schwerwiegender sind die Risswunden, welche den Verlust der ganzen Penishaut zur Folge haben. Nach Kaufmann entstehen sie gewöhnlich, indem die Kleider der Patienten von Maschinenrädern, Treibriemen oder drgl. gefasst werden, die Haut der Genitalien eingeklemmt wird und dann abreisst. Die Behandlung besteht in möglichst frühzeitiger plastischer Deckung des Defektes. Unter keinen Umständen soll eine Heilung per granulationem angestrebt werden, da dann von einem weiterhin funktionsfähigen Gliede vom Hause aus abstrahiert werden muss. Die sich bildenden harten Narben können die grössten Schmerzen bereiten, Krümmung des Gliedes bewirken oder es immer mehr hinter die Symphyse zurückziehen. — Wir hatten einen derartigen Fall zu beobachten. Der Pat. war von einer Kreissäge an den Beinkleidern erfasst worden und war die Penishaut bis auf das innere Praeputialblatt von der Radix an circulär abgerissen worden; zugleich fehlte am Scrotum ein Stück Haut und war eigentlich nur die hintere Scrotalhaut intakt. Da der Fall nicht ganz frisch war (12 Stunden nach der Verletzung), Pat. fieberte, und am Scrotum einige verdächtig aussehende Fetzen sich befanden, so wurde nur das nachgebliebene innere Praeputialblatt zurückgeschlagen und fixiert.

Nach 26 Tagen hatte sich die Narbe gereinigt und konnte nun zur plastischen Deckung geschritten werden. Sie wurde in 2 Sitzungen vollführt. Zuerst wurde ein Brückenlappen vom Scrotum genommen, der Penis durchgesteckt und nachdem die Haut am dorsalen Teil des Penis angeheilt war, die beiden Enden des Lappens vom Scrotum gelöst und um die hintere Fläche des Penis geschlagen. Die Plastik gelang vollkommen, d. h. der Penis war nun mit Haut bedeckt, war jedoch an seiner Basis sehr breitbasig geworden; er hatte die Form einer Pyramide und war wenig beweglich, so dass ich kaum glaube, dass Pat. ein functionsfähiges Glied bekommen wird. Jedenfalls hatte er es nicht zur Zeit seiner Entlassung.

Auf die Technik der Plastik genauer eingehen will ich nicht, jedoch nur soviel erwähnen, dass fast sämtliche Autoren raten, die zur Deckung nötigen Lappen vom Scrotum zu nehmen und nicht vom Bauch oder vom Oberschenkel. (Reich, Elbogen, F. Colmers, Bessel-Hagen, Quattro-Ciochi).

Zu dieser Gruppe der Penisverletzungen gehören auch die Fälle, welche man als Luxatio penis bezeichnet. Man versteht darunter bei zirkulärer totaler Abreissung des Praeputiums, das Sichzurückziehen und Unter-

Digitized by Google

schlüpfen des Penis unter die Scrotal- oder unter die Bauchhaut an der Symphyse. In frischen Fällen kann der Versuch der Reposition gemacht werden; in veralteten Fällen, wo bereits Verwachsungen eingetreten sind, kann der inzwischen geschrumpfte Schlauch der Penishaut zur Umhüllung nicht mehr gebraucht werden. Der Penis muss aus seiner Inkarzeration blutig befreit werden und der Defekt sofort plastisch gedeckt werden.

Die zum Schluss noch zu besprechende letzte Art der Verletzungen sind die Schnittwunden des Penis. Diese kommen durchaus selten zur Beobachtung. Kaufmann zitiert 2 Fälle, einen von Malgaigne und einen von Nattingham beschriebenen, in denen es sich einmal um eine zufällige Verletzung mit einem Taschenmesser, das andere Mal sich um eine Verletzung der Glans mit einem Glasstück handelt. Gewöhnlich werden jedoch diese Verletzungen von Weibern an Männern verübt. Wir haben 3 solcher Verletzungen gehabt:

Fall I. O. K., 28 a. n., Polizeiaufseher, wurde am 17. Aug. 1901 in der Nacht mit einer Wunde am Penis eingeliefert. Er gab an, vor einigen Stunden von einem Frauenzimmer im Schlafe verletzt worden zu sein. Der Blutverlust soll ein äusserst starker gewesen sein. — Ca. 2 Fingerbreit von der Radix befindet sich eine an der Raphe beginnende, von hier nach links verlaufende fast zirkuläre Schnittwunde. Die Wunde umfasst $^2/_3$ des Penis. Der zentrale Stumpf stark geschwollen und sugilliert. Beide Schwellkörper sind quer durchschnitten. Aus dem zentralen Stumpfe blutet es lebhaft protus. Die Harnröhre ist intakt. Nach sorgfältiger Blutstillung erfolgt Naht der corpora cavernosa, worauf die Blutung steht. Hautnaht und Verband. Der Wundverlauf war normal. Nach 6 Tagen Entfernung aller Nähte. Am selben Tage bemerkt Pat. eine fast normale und am 12. Tage eine völlig normale Erection. Pat. nach 13 Tagen geheilt entlassen.

Fall 2. J. R. 30 a. n., Arbeiter, wurde am 14. Januar 1904 von seiner Geliebten mit einem Messer am Penis verwundet, kommt 3 Stunden post trauma in das Hospital. Dicht an der Radix befindet sich auf dem dorsum penis eine zackige Wunde, welche das linke corpus cavernosum völlig, das rechte zum grössten Teil durchsetzt; die Schnittwunde der corpora ist nicht gleichmässig; sie sehen aus als ob sie mit einem stumpfen Messer verursacht wären. Die Harnröhre ist intakt. Die Wunde blutet äusserst lebhaft. Nach sorgfältiger Blutstillung wird zuerst das Septum und dann die Tunica albuginea noch vernäht. Die Blutung steht vollkommen. Teilweise Naht der Haut und Tamponade in die Wundwinkel, der Pat. fieberte. Am nächsten Tage Temperatur normal, von da ab glatter Wundverlauf. Nach 14 Tagen mit 2 ganz kleinen Granulationswunden in ambulatorische Behandlung entlassen. Als ich Pat. nach ca. 14 Tagen in der Ambulanz wiedersah, waren die kleinen Wunden verheilt und Pat. gab an, dass die Funktionsfähigkeit des Gliedes völlig normal sei.

Fall 3. O. R. 37 a. n., Arbeiter, tritt am 16. Juni 1904 in das Hospital ein. Er giebt an, dass ihm Anfang April a. c. in wachem Zustande von einem Bauermädchen plötzlich der Penis durchschnitten wurde. Aus einem Begleitschreiben des ihn bisher auf dem Lande behandelnden Arztes geht hervor, dass der Penis fast total um $^2/_3$ abgeschnitten gewesen ist. Die beiden Teile des Penis sind nur durch einen schmalen Hautstreifen und einem ganz kleinen Teil linken hellen Schwellkörpers in Zusammenhang gewesen. Die Wunde ist zugenäht worden, hat aber wegen eingetretener Harninfiltration geöffnet werden müssen.

Pat. hat dann ein sehr lange dauerndes schweres Krankenlager durchgemacht. Es hatte sich eine ausgedehnte Harnphlegmone gebildet und wiederholt sind an verschiedenen Stellen Inzisionen gemacht worden. Nach Ausheilung aller Wunden, war eine Harnröhrenfistel nachgeblieben, zwecks Schliessung welcher Pat. das Hospital aufsuchte. Seit der Verletzung hat Pat. keine Erektionen gehabt. Bei der Aufnahme in die Abteilung wurde folgendes Status erhoben. 1 Fingerbreit von der Radix entfernt, befindet sich eine fast zirkulär verlaufende tief eingezogene Narbe. Der periphere Teil des Penis ist ödematös und hängt schlaff herab. Die Harnröhre dieses Stückes endet blind an der Narbe. Am zentralen Teil ist seitlich eine kleine Fistel, aus welcher klarer Urin entleert wird. Die beiden Schwellkörper hingen nur durch eine schmale Brücke zusammen.

Bei der am 25. Juni 1904 ausgeführten Operation wurden zuerst beide Harnröhrenwunden aufgesucht, freigemacht und angefrischt, dann die Narbe der Schwellkörper exzidiert. Nach sorgfältiger Blutstillung, Naht der Schwellkörper, zuerst Septum, dann Tunica albuginea. Die Blutung steht vollkommen. Naht der Harnröhre und Hautnaht, sowie Einlegen eines Dauerkatheters. Am 4. Tage Entfernung der Nähte. Wunde reaktionslos. Beim Wechsel des Dauerkatheters quillt aber aus der Harnröhre einiges Secret heraus. Die Harnröhre war verschwollen, die Miction äusserst schmerzhaft. Bald darauf etablierte sich eine kleine Fistel, aus welcher bei der Miction ein Teil des Urins abging. In einigen Tagen hatte sich die Fistel geschlossen, die eitrige Absonderung hörte auf und am 19. Juli 1904 wurde Pat. geheilt entlassen. — Am 21. Tage nach der Operation hatte Pat. die erste Erection, welche jedoch nicht ganz vollkommen gewesen sein soll. — Ob die Funktionsfähigkeit eine völlig normale werden wird, lässt sich natürlich mit Sicherheit nicht behaupten. Annehmen lässt es sich aber durchaus; der Penis hat eine normale Form, gerade Richtung und die Narbe des Schwellkörpers ist völlig weich. Seinem Versprechen, sich wieder vorzustellen, ist Pat. bisher nicht nachgekommen.

Verzögert wurde hier der Verlauf durch die Urethritis und durch die Harnfistel und trägt dabei sicher die Schuld der Dauerkatheter. Güterbock verlangt für die quere Durchtrennung der Harnröhre die Naht und hält bei der Nachbehandlung häufigen Katheterismus oder einen Dauerkatheter für selbstverständlich. Sowohl dieser als jener üben einen Reiz auf die Schleimhaut der frischgenähten Harnröhre aus und verzögern die dann unausbleiblichen Folgezustände den Heilungsprozess, ja stellen ihn event. gänzlich in Frage.

In unserem Falle hatte der Dauerkatheter nur 4 Tage gelegen, welche Zeit genügte, um eine heftige Urethritis hervorzurufen, die obgleich sie schnell ausheilte, sicher Schuld war an der, wenn auch nur kurze Zeit bestehenden Harnfistel. Völlig auf den Katheterismus oder den Dauerkatheter zu verzichten, erscheint mir nicht ratsam, doch würde ich in vorkommenden Fällen den Katheter nur 24, höchstens 48 Stunden liegen lassen, um dann Pat. spontan urinieren zu lassen.

Das Resultat unserer Fälle muss als völlig gelungen bezeichnet werden. Gleich den Fällen von Vedrenne und Arlaud widerlegt es die Ansicht Boyer's, Benard's, Vidal's und Nelaton's, welche bei Durchschneidung von $^2/_3$ der corpora cavernosa zur Amputation rieten, da fast immer eine Gangrän eintrete. Im Falle Vedrenne, wo beide corpora durchschnitten waren, trat keine Gangrän, beim Falle Arlaud, wo ein corpus und die Urethra durchschnitten waren, völlige Funktionsfähigkeit ein.

Das Wichtige zur Erlangung eines guten Resultates liegt, meiner Meinung nach, bei selbstverständlich peinlichster Asepsis, in der exakten Blutstillung und sorgfältigen Naht des Septums und der Tunica albuginea und hängt nicht von der Güte des Falles als solchen ab. Fall 3 beweist, dass selbst eine fast totale Abtrennung des Gliedes, wenngleich dasselbe auch noch nach eingetretener Narbenbildung, wo doch sicher regressive Vorgänge im Gewebe angenommen werden müssen, operiert wird, eine völlige restitutio ad integrum nicht ausschliesst.

Zum Schlusse sage ich meinem hochverehrten gewesenen Chef, Herrn Dr. A. v. Bergmann für die freundliche Ueberlassung des Materials zur obigen Mitteilung und freundliche Unterstützung meinen besten Dank.

Literaturangaben:

1) Ameisen: (Przeglad lekarski 1897, Nr. 16) ref. Zentralblatt für Chirurg. 1897.

2) Arlaud: cit. nach Kaufmann: Deutsche Chirurgie 50a.

3) Bessel-Hagen: Arch. für klin. Chirurgie. Band LXV.

4) Béraud: cit. nach Kaufmann.

Digitized by Google

5) Bramann: Handbuch der prakt. Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz. Ausgabe 1903.
6) Boyer: cit. nach Kaufmann.
7) Chenú: cit. nach Kaufmann.
8) Colmers; Arch. für klin. Chir. Band LXV.
9) Duplony: (Annales des mal. des org. genito-urinaires 1885) ref. Zentralbl. f. Chir. 1885.
10) Demarquay: cit. nach Kaufmann.
11) Elbogen: (Wiener med. Wochenschrift 1903, Nr. 12) ref. Zentralblatt f. Chir. 1903.
12) Gabscewitsch: (Gazeta lekarska 1894 Nr. 44) ref. Zentralblatt f. Chir. 1894.
13) Gorski: (Wiener med. Wochenschr. 1886 Nr. 16) ref. Zentralblatt f. Chir. 1886.
14) Güterbock: Chirur. Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane. Ausgabe 1890.
15) Iwanow: (Wratsch 1901, Nr. 51) ref. Zentralblatt f. Chir. 1902.
16) Kaufmann: Deutsche Chirurgie. Band 50a.
17) Kocher: Encyklop. der gesamten Chirurgie 1901.
18) König: Lehrbuch der spez. Chir. 1894 p. 745.
19) Lenhössek: cit. nach Bramann.
20) Mianowski: cit. nach Kaufmann.
21) Miklaszewski: (Kronika lekarska 1896 Nr. 23) ref. im Zentralblatt für Chir. 1897.
22) Mende. (Inaug.-Diss. Greifswald 1892) ref. Zentralblatt f. Chir. 1893.
23) Nelaton: cit. nach Kaufmann.
24) Parker: cit. nach Kaufmann.
25) Poncet (Lyon): Bull. et mem. de la soc. chir. de Paris T. XVII p. 750) ref. Zentralbl. f. Chir. 1892.
26) Reich: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band LXVIII.
27) Rosenberger: Arch. f. kl. Chir., Band XXXII.
28) Vedrenne: cit. nach Kaufmann.
29) Vidal: cit. nach Kaufmann.
30) Weissblatt: (Medycyna 1896 Nr. 4) ref. Zentralblatt f. Chir. 1890.
31) Quattro-Ciochi: (Riforma med. Nr. 70 u. 71) ref. im Zentralblatt f. Chir. 1891.

Guter Erfolg durch Antistreptokokkenserum bei einem schweren Erysipelfall.

Von

Dr. Arthur Jordan,

Ordinator am Mjassnitzkihospital zu Moskau.

Im vergangenen Sommer hatte ich Gelegenheit bei einem hartnäckigen und schweren Fall von Wandererysipel Antistreptokokkenserum anzuwenden, wobei der günstige Ausgang, dem Anschein nach, diesem Mittel zugeschrieben werden muss. Da das Antistreptokokkenserum bei Erysipel noch verhältnissmässig selten injiziert worden zu sein scheint und die Ansichten über den Wert desselben sehr geteilt sind, hoffe ich, dass meine Beobachtung ein Scherflein zur Klärung dieser Frage beitragen kann und der Mitteilung wert ist.

Die Krankengeschichte lautet folgendermassen:

Am 2. Juni 1904 wurde ich zu Herrn S., einem 38-jährigen Mann gebeten, der seiner Angabe gemäss, am 20. Mai an hohem Fieber und Röte des Gesichts, welche an der Nase ihren Anfang genommen hatte, erkrankt war. Der behandelnde Arzt hatte Erysipel diagnostiziert, aber trotz verschiedener Massnahmen hatte die Röte sich weiter ausgebreitet und das Fieber sich stets in derselben Höhe, zwischen 38,5 und 41,2, gehalten.

Der Kranke hatte infolge dessen seine Rose besprechen lassen, aber als auch hierauf keine Besserung eintrat, sondern die Erkrankung auf die Augen überging und das Sehen gefährdete, wurde er ängstlich und beriet Kollegen Seiler. Dieser konnte am Auge selbst keine Veränderungen konstatieren und empfahl daher liebenswürdiger Weise, mich zur Behandlung des Leidens hinzuzuziehen.

Status praesens am 2. Juni.

Der gracil gebaute, abgemagerte Patient zeigt auf dem Gesicht, behaarten Kopf und der oberen Partie des Rückens die Erscheinungen von Erysipel. Die rechte Nasenöffnung ist wund. Der Rachen ist unbedeutend gerötet.

Puls 120. Temp. 41,2. Sensorium frei. Herztöne rein.

Leichte Bronchitis. Verdauung träge. Der Urin enthält Eiweiss, aber keine Cylinder. Die von mir angewandte Behandlung bestand in Einreibung von Kampferöl bei innerem Gebrauch von salicyls. Natrium, was aber ohne jeden Erfolg blieb. Das Erysipel wanderte auf dem Rücken weiter herab. Auf Wunsch der Angehörigen des Patienten wurde daher noch Kollege Tager hinzugerufen, welcher Antistreptokokkenserum zu versuchen riet.

Krankheitsverlauf. Am 4. Juni, um 9 Uhr abends, injizierte ich dem Kranken, welcher 40,7° bei 120 Pulsen aufwies, 10 ccm. Aronsohnsches Antistreptokokkenserum in die rechte Bauchgegend. Die Nacht vom 4. auf den 5. Juni verlief unverändert. Um 7 Uhr morgens betrug die Temp. 39°. Um 10 Uhr morgens, also 13 Stunden nach der Injektion, sank die Temperatur unter heftigem Schweissausbruch, auf 37,1°. Das Erysipel hatte sich unter der rechten Achselhöhle auf die Brust ausgebreitet. Im Uebrigen war der Zustand der nämliche. Um 5 Uhr injizierte ich wiederum 10 ccm. desselben Antistreptokokkenserums in die linke Bauchgegend. Zwei Stunden später trat ein Schüttelfrost ein, worauf die Temp. auf 39 stieg. Die Nacht war sehr unruhig.

Am 6. Juni betrug die Temperatur morgens 40,2; die Röte auf dem Gesicht und dem Rücken hatte beträchtlich abgenommen, aber auf dem Abdomen zeigte sich ein neuer Herd von Erysipel. Das Allgemeinbefinden blieb dasselbe und ebenso der Eiweissgehalt im Urin. Cylinder fehlten. Da ich mich fürchtete, schon wieder eine Seruminjektion zu machen, ordinierte ich äusserlich Guajacol u. Ol. olivarum aa, innerlich Antipyrin 0,3, wovon der Kranke 3 Pulver erhielt.

Am 7. Juni betrug die Temperatur morgens 39,8. Puls 108. Das Allgemeinbefinden war unverändert. Das Erysipel hatte sich auf der Brust weiter ausgebreitet, war aber hier nicht so intensiv rot, wie bei früheren Neuausbrüchen. Abends wurde die 3. Injektion von 10 ccm. Antistreptokokkenserum injiziert.

Am 8. Juni morgens sank die Temperatur auf 37,9. Das Gesicht war blasser geworden. Abends stieg die Temperatur aber wieder auf 39,3 und das Gesicht begann wieder zu schwellen und sich zu röten.

Am 9. Juni war das Auge, in Folge Schwellung der Lider, kaum zu sehen; die Temperatur betrug 38,7 am Morgen und 39,4 am Abend.

Am 10. Juni zeigte sich Besserung. Die Röte und Schwellung der Augenlider hatten sich vermindert, die Temperatur zeigte 38,4 bei nur 96 Pulsen. Immerhin machte ich noch eine 4. Injektion von 10 ccm. Antistreptokokkenserum. Bereits nach 3 Stunden sank die Temperatur auf 36,0, um freilich abends nochmals auf 39 zu steigen.

Am 11. Juni war das Erysipel überall geschwunden und blieb fort.

Leider brachte die Rekonvalescenz neue Komplikationen und Sorgen. Am 14. Juni trat nach einem heftigen Schüttelfrost und darauffolgendem Temperaturanstieg eine akute haemorrhagische Nephritis auf, welche einen langwierigen Verlauf nahm und am 17. Juni traten zwar schnell vorübergehende, aber, im ersten Moment den Patienten sehr erschreckende, Gelenkschwellungen auf im rechten Knie und fast sämmtlichen Phalangealgelenken, welche wenigstens für einige Tage die Bewegung stark beeinträchtigten.

Erst im August war Patient wieder völlig hergestellt bis auf Spuren von Eiweiss im Urin.

Ueberblicken wir nochmals den besprochenen Fall, so handelte es sich um einen über zwei Wochen anhaltenden, mit andauernd sehr hohen Temperaturen einhergehenden, schweren Fall von Wandererysipel, der mit den verschiedensten Mitteln vergeblich behandelt worden war. Erst nach Injektion von im ganzen 40 ccm. polyvalentem Antistreptokokkenserum, welches nur langsam im Laufe von 7 Tagen zu je 10 ccm. auf einmal eingespritzt worden war, schwand das Erysipel. Nach den

Digitized by Google

ersten zwei Injektionen war der Erfolg noch nicht zu bemerken, trotzdem die Temperatur zeitweilig rapid herunterging, aber nach der dritten Injektion blasste das Erysipel ab und nach der vierten war es wie fortgeblasen. Nach den Empfehlungen der Bakteriologen sollen sofort 40—50 ccm. auf einmal eingespritzt werden. Da ich mit dem Mittel noch nicht vertraut war, wagte ich das nicht, sondern spritzte allmählich ein, wodurch vielleicht der langsame Erfolg erklärt wird. Unter den unangenehmen Nebenwirkungen der Injektionen sind die heftigen Gelenkschwellungen und -schmerzen zu nennen, welche am 7. und 8. Tage nach der ersten Injektion eintraten und den Kranken sehr beunruhigten, glücklicherweise aber bald zurückgingen. Die andere Komplikation, das Auftreten der akuten hämorrhagischen Nephritis, dürfte wohl aber auf das Erysipel selbst zurückzuführen sein.

Wie steht es aber mit der wichtigen Frage, ob wir den Rückgang des Erysipels dem Serum oder nur der Zeit verdanken? Wenn man im Geiste die vielen Mittel an sich vorüberziehen lässt, welche beim Erysipel empfohlen worden sind und doch nur in dem einen oder andern Fall helfen, wird man zur Skepsis gedrängt in Bezug auf unser ärztliches Können beim Erysipel. Es ist mir daher nur möglich zu sagen, dass ich in dem besprochenen Fall den Eindruck gewann, als ob das Serum von günstiger Wirkung war. In der Literatur konnte ich nur spärlich Mitteilungen über diesen Punkt finden. Einige Autoren, wie Harrison[1]) Gouin[2]), Bond[3]), Blake[4]), Jarcho[5]) haben in je einem, resp. zwei Fällen von Erysipel Heilungen durch Antistreptokokkenserum gesehen, aber dem steht eine grössere Beobachtungsreihe von Bendix[6]) gegenüber, der über 15 mit Antistreptokokkenserum behandelte Fälle berichtet und die vernichtenden Worte spricht: «einen auffallenden Erfolg konnten wir bei keinem unserer Fälle konstatieren».

Wenn demnach das Antistreptokokkenserum auch nicht als sicheres Mittel beim Erysipel gelten kann, dürfte es doch in schweren Fällen zu versuchen sein. In jedem Fall es anzuwenden würde ich nicht raten, denn es ist kein harmloses und erst recht kein billiges Mittel. Bei dem rapiden Sinken der Temperatur können leicht beunruhigende Collapszustände eintreten und wenn die Erytheme und Gelenkschwellungen als Folgezustände der Einspritzung auch ungefährlich sind, lässt sich eine schädigende Wirkung auf die Nieren nicht mit Gewissheit ausschliessen.

---

[1]) Harrison, A. W. Antistreptokokk.-Serum in Erysipelas. The Brit. med. Journ. 7. Juli 1901.

[2]) Gouin. Erysipèle de la face, traité par le serum antistreptococcique de Marmorek. Lyon med. 1896. S. 259.

[3]) Bond. Two cases of Erysipelas treated with antiostreptococcic serum. Lancet 1899. S. 1718.

[4]) Blake. Erysipel und Antistreptokokkenserum. Lancet 1904. 27. II.

[5]) Jarcho. Ueber die Anwendung vielwertigen Antistreptokokkenserums bei der Behandlung von Erysipel. Detskaja Medizina 1903. Nr. I.

[6]) Bendix. Erfahrungen bei 70 Erysipelfällen. Charité—Annalen. 1899. XXIV. S. 708.

Referate.

E. Feer: Nagelveränderungen nach Scharlach und Masern. (Münchener med. Woch. Nr. 40).

Verfasser hat während mehrerer Scharlachepidemien in Basel folgende typische Nagelveränderungen beobachtet: 4 bis 5 Wochen nach Beginn des Scharlachs zeigt sich an der Wurzel der Fingernägel auf der Nageloberfläche eine querverlaufende lineäre Furche, seltener ein schmaler Wall, den Verfasser als Scharlachlinie bezeichnet. Dieselbe schiebt sich mit dem wachsenden Nagel weiter vor und ist 2 Monate nach Beginn des Scharlachs sehr deutlich. In etwa einem halben Jahre wandert die Scharlachlinie bis zum freien Rande des Nagels vor. Am deutlichsten ist dieselbe an den Daumennägeln, daher muss sie vor allen hier gesucht werden. Je kräftiger der Nagel, um so deutlicher die Linie. Bei Kindern unter 10 Jahren und bei schwachem Exanthem kann die Linie nur angedeutet sein oder ganz fehlen. Auch an der grossen Zehe kann die Linie sehr deutlich sein. Ihre Entstehung verdankt die Veränderung einer der Desquamation entsprechenden Störung in der epithelialen Keimschicht der Nagelwurzel. Interessant wären Beobachtungen bei Scharlach ohne Exanthem.

Aehnliche Veränderungen hat Verfasser auch bei Masern gefunden, nur sind dieselben durchschnittlich viel schwächer ausgebildet, besitzen aber den gleichen zeitlichen Ablauf und den gleichen aetiologischen Zusammenhang mit der Abschuppung. Das Symptom findet sich aber bei Masern ungleich seltener (unter 14 Fällen nur 3 mal).

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

P. Asch: Ueber den Einfluss der bakteriellen Stoffwechselprodukte auf die Niere. (Strassburg. L. Beust. 1904. Preis 3 M.).

Durch Injektion von Bakterientoxinen in die Aorta an der Abgangsstelle d. Aa. renales hat A. bei Hunden stets Nierenläsionen hervorgerufen. die teils entzündlicher, teils degenerativer Art waren. Benutzt wurden Bacillus lactis aërogenes, B. coli commune, B. enteritidis Gärtner, Diphtherietoxin, Tuberculin. Ferner noch Literaturangaben über experimentelle Nierenschädigungen durch Strepto- und Staphylokokken, Pneumococcus. Typhusbac., B. pyocyaneus, Cholera- und Tetanusbazillen.

M.

Türk: Vorlesungen über klinische Hämatologie. Erster Teil: Methoden der klinischen Blutuntersuchung. Elemente der normalen und pathologischen Histologie des Blutes. (Wien und Leipzig. Braumüller 1904. Preis 8 M.).

T. hat sein Buch hauptsächlich für «Lernende bestimmt, bei denen er gar nichts an Sonderwissen voraussetzt», und demgemäss «eine ins einzelne gehende Darlegung der Technik» gebracht, wie sie bisher nicht üblich war. Ob es dieser pedantischen und breiten Schilderung der Methodik — nimmt doch die Beschreibung des Fleischl-Miescher'schen Apparates 30 Seiten, die Blutkörperchenzählung 57 Seiten in Anspruch — gelingen wird, den Anfänger vor technischen Fehlern zu schützen, scheint mir sehr zweifelhaft. Grössere eigne Uebung ist gerade bei Blutuntersuchung unerlässlich und einige Misserfolge sind lehrreicher als weitschweifige Erläuterungen. Die Besprechung der Formelemente des Blutes geschieht sehr eingehend unter Berücksichtigung der verschiedenen Theorien anderer Autoren bezüglich der Klassifizierung und des Zusammenhanges der weissen Blutkörperchen. Erfreulich ist das Frontmachen gegen die unendlich komplizierten Klassifikationsversuche, wie sie namentlich von Pappenheim vorgebracht werden. Bei der grossen Erfahrung des Verf. auf hämatologischem Gebiet kann man mit Interesse dem zweiten Teil der «Vorlesungen» entgegensehen, der uns die «spezielle Hämatologie» bringen soll. Nur wäre meiner Ansicht nach eine weniger breite Fassung entschieden ein Vorzug.

O. Moritz.

Lesser: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Teil. Hautkrankheiten. XI. Auflage. (1904. Vogel).

Unter Beibehaltung der in den früheren Auflagen des bekannten und beliebten Lehrbuches getroffenen Anordnung des Stoffes bringt die nunmehr vorliegende elfte eine Reihe von Veränderungen, die dem Fortschreiten der Wissenschaft entsprechen. Ausser einer Reihe neuer Textabbildungen sind

Digitized by Google

dem Werke auch noch 9 farbige Tafeln nach Moulagen aus der Sammlung der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Berlin beigefügt worden, die in ganz hervorragender Weise einige Hautleiden veranschaulichen.

Es ist dieses als eine ganz besondere Bereicherung des Werkes aufzufassen; denn nirgendwo anders tritt die Ueberlegenheit der farbigen Abbildungen gegenüber der schwarzen so in den Vordergrund wie auf dem Gebiete der Hautkrankheiten. Hoffen wir, dass in der zwölften Auflage die Zahl der «bunten Bilder» noch vermehrt sein, und dadurch der Wert des durch Klarheit und Kürze der Darstellung rühmlichst bekannten Buches noch gesteigert sein wird.

Das Buch sei dem Studierenden und praktischen Arzt warm empfohlen.

Wichert.

Ernst Gaupp: A. Ecker's und R. Wiedersheim's Anatomie des Frosches, auf Grund eigener Untersuchungen neu bearbeitet. (Verl. v. Friedrich Vieweg und Sohn. Braunschweig).

Mit dem soeben erschienenen Bande hat das von Prof. Gaupp vor 10 Jahren begonnene Werk seinen Abschluss gefunden. Das jedem Anatomen und biologischen Experimentator wohlbekannte Büchlein Ecker's ist nach seiner Umgestaltung kaum noch wiederzuerkennen, nicht nur, weil es zu dem stattlichen Umfange von 3 Bänden angewachsen ist, sondern ganz besonders, weil Prof. Gaupp, in richtiger Beurteilung des Bedürfnisses der heutigen Forscher, ausser den rein anatomischen Tatsachen auch die Gebiete der Entwicklungsgeschichte und der Physiologie mit in den Bereich seiner Darstellungen hineingezogen hat. Die überaus klare und anschauliche Behandlung des Stoffes an der Hand zahlreicher, auf das sorgfältigste ausgeführter Abbildungen makroskopischer und mikroskopischer Präparate, sowie der enorme (direkt an das Ende jeder Abteilung verlegte) Literaturnachweis, tragen das übrige dazu bei, die neue Auflage des Werkes in noch höherem Masse als einen unentbehrlichen Ratgeber für alle diejenigen erscheinen zu lassen, bei deren Arbeiten auf dem einen oder dem anderen Gebiete der Frosch als Versuchsobjekt zu dienen hat.

In der äusseren Ausstattung trägt das Werk den vornehmen Stempel seines Verlages.

A. W.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

760. Sitzung vom 21. September 1904.

Vicepräses: Blessig. – stellv. Sekretär: O. Moritz.

1. Lingen: Ueber einen operativ behandelten Fall von ausgetragener Extrauteringravidität in einem unversehrten Tubarsack. (Erschienen in Nr. 47 des vorigen Jahrganges dieser Wochenschrift).

Diskussion:

Dobbert fragt, wie L. sich die Genese der 2 Tumoren gedacht habe, — meist lägen in ähnlichen Fällen Placenta und Frucht in einem Sack. Man müsse wohl annehmen, dass sich die Extrauterinschwangerschaft in einem dem Uterus sehr nah gelegenen Tubenteil entwickelt habe, darauf das Ei in der Tube geplatzt sei, wobei der Foetus austrat und so in einem entfernteren Tubenteil der 2. Tumor gebildet wurde. Merkwürdig ist es, dass der Foetus in diesem Fall nicht abgestorben sei.

Lingen glaubt, dass sich in der Tat ein solcher Vorgang am Schluss des 2. oder Anfang des 3. Schwangerschaftsmonats zur kritischen Zeit — abgespielt hat, wofür die damals aufgetretenen Blutungen und das heftige Erbrechen sprechen. Das Kind ist wahrscheinlich erst zum Schluss des 9. Monats abgestorben, mit absoluter Sicherheit ist dieser Zeitpunkt jedoch nicht festzustellen.

2. Schiele und Ucke: Ueber Mycosis fungoïdes. (Erschienen in Nr. 49 des vorigen Jahrganges dieser Wochenschrift).

Diskussion:

Petersen: Die Erkrankung ist sehr selten, in 30 Jahren der 2. Fall, den P. in Petersburg zu Gesicht bekommt. Das eczematöse Stadium dauert oft viele Jahre, so dass es zuweilen gar nicht zum fungösen Prozess kommt. In diesem Fall scheinen die guten hygienischen Verhältnisse, besonders die Ernährung, die Erholung des Pat. begünstigt zu haben. Die Krankheit kann unter Umständen mit Blastomykose verwechselt werden, welche in Russland bisher jedoch noch nicht beschrieben ist. Dabei sichert der Nachweis der Hefepilze die Diagnose. P. fragt, ob vielleicht einer der Chirurgen einen Fall von Blastomykose zu Gesicht bekommen habe.

Differentialdiagnostisch können bei der Mycosis fungoides noch sarkomatöse Neubildungen in Frage kommen.

761. Sitzung vom 5. Oktober 1904.

Vicepräses: Blessig. — stellv. Sekretär: O. Moritz.

1. Sender demonstriert (vor der Tagesordnung) einen Fall von Osteomyelitis staphylomycotica acuta fibulae. Resectio totalis diaphyseos. Regeneratio ossis. (Radiogramme, Praeparat und Patientendemonstration).

(Aus der chirurg. Abteil. des Prof. Treuberg am Pbg. weibl. medizin. Institut).

Am 6. April 1904 ist der 15-jährige Fabrikarbeiter W. D. in die Klinik aufgenommen worden, weil er sich tags zuvor (am 5.) bei seiner Arbeit auf der Fabrik einen Stoss auf die Aussenseite des linken Unterschenkels zugezogen hatte und gleich darauf heftige Schmerzen bekam. Früher will er immer gesund gewesen sein.

Kräftig gebauter und gut ernährter Junge hat nichts Abnormes in Bezug auf innere Organe aufzuweisen, (im Harn kein Eiweiss) ist aber bei hoher Temperatur und raschem Puls in einem sehr schweren allgemeinen Zustande. Die Haut ist an verschiedenen Stellen des Körpers zerkratzt (Scabies?). Die Aussenseite des linken Unterschenkels ist stark angeschwollen, die Haut ist dort oedematös und hellrot gefärbt, die subkutanen Venen stark erweitert. Das Oedem greift auch auf die mediale Seite des Unterschenkels hinüber. Das leiseste Berühren der linken Fibula ihrer ganzen Länge nach ist äusserst schmerzhaft. Druck und Beklopfen der benachbarten Tibia ist nicht empfindlich. Bewegungen im linken Talo-cruralgelenk sind beschränkt — im Kniegelenk frei.

Am 8. April (am 3. Tage der Krankheit) ist Patient vom Kollegen H. Dr. Rudolf Wanach operiert worden.

Schnitt bis auf den Knochen der ganzen Diaphyse der Fibula entlang (Schonung des n. peroneus). Das Periost lässt sich überall leicht abheben, da der Knochen selbst förmlich in dickem Eiter schwimmt, der, mit Blut und Fetttropfen vermengt, aus der Wunde herausfliesst. Das Periost ist von der Innenseite mit einem schmutzig-grünlichem Belag bedeckt. Ein leichter Meisselschlag auf den unteren und oberen Epiphysenknorpel löst den Knochen, der seiner ganzen Länge nach auch entfernt wird [1]). Aseptische Tamponade der Wunde und Trockenverband.

Beim weiteren Verlauf ist zu erwähnen, dass die Schmerzen in wenigen Tagen vollständig schwanden und dass das Allgemeinbefinden des Kranken bald ein sehr gutes wurde.

Am 18. Juni (nach ca. $2^1/_2$ Monaten) sah man bei Roentgen-Untersuchung «dunkele Flecke» des sich wiederherstellenden Knochens. (Leider ist kein Photogramm gemacht worden).

Am 28. Juni ist unter Chloroformnarkose nach Thiersch eine Hauttransplantation von der vorderen Fläche des rechten Oberschenkels unternommen worden, die 6um Teil (bis auf $^2/_3$) gelang.

Am 23. September (nach $5^1/_2$ Monaten also) ist von mir ein Radiogramm angefertigt, das die ganze Fibula als vollkommen hergestellt repräsentiert. Sie scheint ohne Markhöhle, uneben und dicker als die der entgegengesetzten Seite zu sein [2]), lässt sich auch leicht palpieren. Patient, wie sie sehen, ist völlig hergestellt und hat nicht die geringsten funktionellen Beschwerden aufzuweisen (auch kein pes valgus).

(Autoreferat).

2. Dombrowsky: Ueber Coxa vara mit Demonstrat. einer Patientin.

Nach einer kurzen historischen Besprechung und Beschreibung des Krankheitsbildes der Coxa vara geht D. näher auf die Aetiologie des Leidens ein. Während man früher gewohnt war, die Ursache für die Schenkelhalsverbiegung durch Allgemeinleiden oder örtliche pathologische Veränderungen des Knochens (Rachitis, Osteomalacie, Osteomyelitis, Tuberkulose etc.), die eine Erweichung des Schenkelhalses zur Folge

---

[1]) Am durchsägten Präparat sieht man, dass beinahe das ganze Knochenmark mit Eiter (Staphylokokken) durchtränkt war, nur gerade die Mitte der Diaphyse ist weniger affiziert. Scheinbar ist die Infektion also durch Embolie der Aa. nutritiae der Metaphysen (wie es Leser annimmt) entstanden.

[2]) Ohne den Fall zu kennen, würde man dem Radiogramm nach die Diagnose Osteomyelitis luetica fibubae stellen können, so täuschend ist das Bild.

Digitized by Google

haben, zu erklären, hat man in neuerer Zeit dem Trauma eine grössere Bedeutung für die Entstehung der Coxa vara zugesprochen.

Seit Royal Whitman wissen wir, dass die Schenkelhalsfraktur nicht ausschliessliches Vorkommniss des Alters ist, sondern auch bei jugendlichen Individuen anzutreffen ist. Royal Whitman glaubt allerdings, gestützt auf zehn Beobachtungen im Alter von 2½—8 Jahren, dass die Continuitätstrennung im Schenkelhalse und zwar als unvollkommene Fraktur, als Infraktion des jugendlichen Schenkelhalses zustande kommt. Sprengel tritt dieser Auffassung insofern entgegen, als er den anatomischen Beweis dafür liefert, dass die Schenkelhalsfraktur im jugendlichen Alter in der Knorpelfuge, an der Vereinigung des Kopfes und Halses im Sinne der Epiphysenlösung stattfindet. Es kann sich nur um Lockerung der Knorpelfuge oder um vollständige Lösung der Epiphyse mit Abbrechen eines Teiles des Schenkelhalses handeln. Die Kopfepiphyse sinkt dann an dem Halse nach unten und hinten; ihre Verschiebung wird für's erste durch das straffe Periost an dieser Stelle aufgehalten und kann später durch die Belastung stärker werden. Im Beginn macht sich die traumatische Epiphysenlösung wenig bemerkbar — die Patienten können gewöhnlich nach dem Unfall noch ganz gut gehn. Erst später, wenn die knöcherne Wiedervereinigung des Kopfes an abnormer Stelle des Halses stattgefunden hat, stellt sich die Stellungsanomalie und Bewegungsbehinderung im Hüftgelenk ein.

Wir haben es denn, wie Sprengel an seinen Fällen nachweist, mit dem typischen Bilde der Coxa vara zu tun. Diese Aehnlichkeit tritt noch mehr zutage, wenn man sich erinnert, dass Kocher für die Coxa vara statica auch eine Verbiegung in der Knorpelfuge und nicht, wie Müller und Hofmeister, an einer dem Schaft näher gelegenen Stelle des Halses annimmt. Der untere Teil des abgelösten Tumorkopfes stülpt sich bei der Coxa vara traumatica ähnlich wie bei der Coxa vara typica Kocher's pilzförmig über den Hals, verlässt dabei die Pfanne und kann vollständig dem Trochanter wieder genähert werden. Je stärker die Verschiebung der Kopfepiphyse gegen den Schenkelhals ist, desto grösser ist die Stellungsanomalie und Bewegungsbehinderung im affizierten Hüftgelenk. Für gewöhnlich findet man bei der Coxa vara traumatica das Bein adduziert und nach aussen rotiert. Von den Bewegungen sind die Obduktion und Rotation nach innen behindert, die Flexion und Extension dagegen in der Regel frei. Das Trauma, das die Lösung der Kopfepiphyse zu Stande bringt, kann ein sehr geringes sein, wie es der Fall von Joachimsthal (Sprung eines 5-jährigen Mädchens durch einen Ring) und die 3 Fälle von Sprengel, wo man mit grosser Mühe das Trauma herausexaminieren musste, beweisen. Im Kredel'schen Fall eines 4½-jährigen Kindes war das Trauma überhaupt nicht zu eruieren und doch zeigte das Röntgenbild deutliche Epiphysenlösung. Das Alter für die Coxa vara traumatica ist die Zeit der Entwickelungsperiode, aber auch das frühere Kindesalter, wie wir eben gesehen haben. Nach Joachimsthal wird man bei Kindern mit Coxa vara um so eher an eine traumatische Ursache denken müssen, wenn die Abknickung ihren Sitz in der Kopfepiphyse hat und nicht eine Abbiegung des gesammten Schenkelhalses — ein gewöhnlicher Befund der Coxa vara infantum rachitica — vorliegt.

Zur Kasuistik der Coxa vara traumatica im kindlichen Alter teilt D. folgende Krankengeschichte mit: Ein 9-jähriges Mädchen aus der Provinz soll nach Angabe der Angehörigen stets gehinkt haben und ist das rechte Bein immer kürzer als das linke gewesen. Von den behandelnden Aerzten ist angeborene Hüftgelenksluxation angenommen und das Kind behufs Reposition nach Petersburg geschickt worden.

Bei der Untersuchung findet man starke Abmagerung des rechten Beins, Tiefstand der Analfalte; Trendelenburgs Symptom deutlich ausgesprochen. Trochanter major überragt beträchtlich die Roser-Nelaton'sche Linie, das Bein ist adduziert und nach aussen rotiert, Verkürzung der Extremität bei Messung von der Spina ilei ant. zum Malleol. ext. um 6 Ctm. Flexion und Extension frei, Rotation nach innen behindert, Obduktion des Beins ganz aufgehoben.

Das Röntgenbild zeigt den Oberschenkelkopf in der Pfanne, nur der untere Teil desselben hat die Pfanne verlassen, weil die Kopfepiphyse nach unten verbogen und dem Trochanter minor stark genähert ist. Der Schenkelhalseinigungswinkel ist dadurch bedeutend verkleinert. An der Grenze des Kopfes und Halses sieht man eine helle Zone, die der Knorpelfuge entspricht und auf eine stattgehabte Lösung hinweist. Der Schenkelhals erscheint bei der Aussenrotation des Beins durch Projektion verkürzt.

Der Befund spricht für eine traumatische Coxa vara. Wann das Trauma stattgefunden hat, ist schwer zu sagen; doch ist anzunehmen, dass es in den ersten Lebensjahren war, als das Kind zu gehen begann.

Von einem angeborenen Leiden kann keine Rede sein, da die bisher veröffentlichten, vereinzelten Fälle von Coxa vara congenita noch andere Missbildungen aufwiesen — was bei der Entstehung durch Raummangel in utero als selbstverständlich vorausgesetzt werden muss. Irgendwelche Anzeichen von Rachitis sind am Kinde nicht zu bemerken.

In der Narkose wurde versucht, das Bein in Abduktionsstellung zu bringen; doch erwiesen sich die Adduktoren soweit verkürzt, dass sie subkutan durchtrennt werden mussten. Zur besseren Correktion wurde noch die Osteotomie subtrochanterica obliqua nach Hoffa vorgenommen.

Das Resultat ist ein durchaus befriedigendes. Nach reaktionsloser Wundheilung und einige Monate fortgesetzter orthopädischer Behandlung ist die Abduktion des Beines recht ausgiebig, ein weiterer Erfolg hierin ist nicht mehr zu erwarten, da der Trochanter major offenbar bei dem Versuch das Bein noch mehr zu abduzieren, gegen die Beckenschaufel stösst. Das Bein ist nur um 2 Ctm. gegen 6 Ctm. vor dem operativen Eingriff verkürzt und geht Patientin mit erhöhter Sohle fast ohne zu hinken.

Die Kranke und die Röntgenbilder werden demonstriert. (Autoreferat).

Diskussion:

Horn verfügt über eine grosse Anzahl einschlägiger Fälle. Der älteste seiner Pat. war 17 a. n., der jüngste etwa 3 Jahre. Bei allen diesen Kranken ist H. mit der unblutigen Behandlungsweise zu sehr guten Resultaten gelangt und möchte er davor warnen, diese Pat. gleich zu operieren. Sein 17-jähr. Pat. kam beispielsweise in einem sehr traurigen Zustand zur Behandlung, — er konnte nicht gehen, noch ordentlich stehn und die Winkelstellung des Femurhalses betrug etwa einen rechten Winkel.

Dieser Pat. lag nur kurze Zeit in Gips und war nach 1½ Jahren soweit, dass er reiten konnte. Bei den anderen Kindern, die H. behandelt hat, sind die Resultate gleichfalls ausgezeichnet gewesen.

Die Verkürzungen gleichen sich meist aus, so hat H. kürzlich einen Fall in Behandlung gehabt, wo die Verkürzung 4 cm. betrug. Nach 4-6 Wochen Extension, nachher Gehapparat — betrug die Längendifferenz nur 1 cm. Nur bei seinem 17-jährigen Pat. hat H. ernstlich daran gedacht zu operieren. Man soll stets versuchen mit der unblutigen Behandlung in Chloroformnarkose und Gipsverband auszukommen.

Dombrowsky: Das orthopädische Verfahren hat trotz seiner grossen Versuche auch seine Grenzen und zwar kommt es darauf an, ob in der Narkose die Adduktionsstellung ausgeglichen werden kann. In dem von D. demonstrierten Fall wäre der Ausgleich nur durch eine Muskelzerreissung möglich gewesen — in einem solchen Fall ist das Messer jedenfalls vorzuziehen. Andererseits ist durch die Operation auch eine Verlängerung des Femurs dadurch bezweckt und erreicht worden, dass die durchmeisselten Flächen gegen einander verschoben wurden.

Horn betont, dass auch er die Adduktorentrennung stets vornimmt, die sich subkutan leicht ausführen lässt. Ausserdem muss jedoch noch die orthopädische Fixationsbehandlung systematisch — etappenweise — durchgeführt werden. Man darf nicht vergessen, dass sich viele Kranke mit derartigen Leiden ausgezeichnet erholen und später oft ihrem anstrengenden Beruf nachgehn können — wie eine Nachforschung ergeben hat, die kürzlich in einer deutschen Arbeit niedergelegt ist. Aehnliche Verhältnisse haben wir ja auch bei den rachitischen Deformitäten an anderen Knochenteilen — bei diesen ist die Operation in der letzten Zeit ja völlig auf ein Minimum reduziert worden, da sich mit dem Wachstum fast stets erträgliche Verhältnisse einstellen, wie dieses besonders durch die Veit'schen Untersuchungen gezeigt wurde.

Dombrowsky: Durch Hofmeister ist gezeigt worden, dass besonders im akuten Stadium durch Ruhe, Extension und Verbände ausgezeichnete Resultate erreicht werden, so dass die Pat. vollständig ihre Aktionsfähigkeit wiedererlangen.

Was die Rachitis betrifft, so wird bei derselben jetzt mit Recht nicht operiert, in dem besprochenen Fall handelte es sich jedoch um keine Rachitis, sondern um eine offenbar traumatisch entstandene Deformität.

3. Ucke: Demonstriert ein Aneurysma der art. mesenterica.

Meine Herrn. Erlauben Sie mir Ihnen heute ein Präparat zu demonstrieren, das einerseits in pathologisch-anatomischer Hinsicht eine Seltenheit darstellt, andererseits von mir in eine leicht demonstrable handliche Form gebracht worden ist, die es ermöglicht, dasselbe jederzeit einem grösseren Auditorium zugänglich zu machen.

Digitized by Google

Zunächst gebe ich Ihnen einige kurze klinische Daten, die ich dem von Dr. C. Lehmann geführten Krankenbogen entnehme; ich sehe dabei vollkommen vom übrigen Befunde ab und führe nur das auf das gegebene Präparat Bezügliche an. Bei der Untersuchung am 11. Juli 1903 fühlt man im Abdomen links vom Nabel eine etwa hühnereigrosse Resistenz, die nicht verschieblich, aber sehr druckempfindlich ist; dicht daneben fühlt man ein grosses Gefäss pulsieren. Am 15. Juli ist ein Ausstrahlen der Schmerzen in die Milzgegend annotiert, am 17. Juli ein heftiger epileptiformer Anfall und am 18. Juli eine Wiederholung des Anfalls und in demselben tritt der Exitus letalis ein.

Bei der am 19. Juli ausgeführten Sektion fand sich, mit Weglassung alles Nebensächlichen, folgendes: In der Bauchhöhle Blut und Coagula. Verrucöse Endocarditis der Vorhofswand der Mitralklappe. In der Milz Infarkte. Im Mesenterium lässt sich ein apfelgrosser Tumor durchfühlen; an der Mesenterialoberfläche desselben gewahrt man kleine, stecknadelkopfgrosse Löcher, aus denen Blut hervorquillt. Mit der Sonde gelangt man in einen Sack, der bei der Eröffnung sich zur Hälfte mit Blutcoagulis erfüllt erweist und dessen Wand teils glatt, teils fein gerifelt erscheint. Am Grunde des Sackes findet sich ein Gefäss, welches sich zu seinem Ursprung aus der Aorta abdom. verfolgen lässt und sich als art. mesent. sup. erweist. Gleich unterhalb des Ansatzes des Aneurysmas geht eine kleine Arterie in das Mesenterium weiter.

Das Ihnen vorliegende Präparat zeigt die eben beschriebenen Verhältnisse in ungefähr normalen Farben, dank der Behandlung nach der Methode von Kaiserling. Sie sehen die aufgeschnittene Aorta und von ihr abgehend die art. mesent. sup., der ein grosser aneurysmatischer Sack anhängt.

Im Bestreben, interessante pathologisch-anatomische Präparate handlich und für die Demonstration leicht zugänglich zu machen, habe ich in den letzten Jahren versucht dieselben in Gelatine einzubetten. Zunächst benutzte ich dazu Schalen aus Glas, wie sie in bakteriologischen Laboratorien als Doppelschalen stets vorrätig sind, nur bedeckte ich sie mit entsprechend zugeschnittenen Glasplatten. Diese Schalen sind jedoch nur in einer Grösse im Handel zu haben und man hat nicht die Möglichkeit der Anpassung an die Variationen in Grösse und Form der Präparate. Ausserdem bedarf es einer nicht geringen Menge Gelatine um die Schalen zu füllen. Ich versuchte daher die Kosten nach Möglichkeit zu verringern, indem ich die Gläser von den photographischen Platten, die bei uns im Hospital aus der Röntgenkammer stets in grösserer Zahl in meine Hände gelangen, zu verwerten. Ich bestellte von entsprechender Grösse Leisten aus Holz und suchte vermittels derselben Kästen zu bilden, die aus einem Holzrahmen und zwei Glasplatten bestanden. Die grösste Schwierigkeit besteht im Verkitten, da stets sich kleine Undichtigkeiten finden, durch die Luftblasen sich in das Präparat durchdrängen. Auch das vorliegende leidet unter diesem Uebel. Trotzdem lassen sich der Hauptsache nach die Veränderungen gut unterscheiden.

(Autoreferat).

Nachrichten von Kollegen aus dem fernen Osten.

Von Prof. Dr. W. Zoege v. Manteuffel erhalten wir die folgenden Zuschriften:

An die Redaktion der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift.

I.

In der Nr. 48 der St. Petersburger med. Wochenschrift (S. 529—530) sind unter der Rubrik «Nachrichten von Kollegen aus dem fernen Osten» einige E. M. gezeichnete Briefe abgedruckt, die so vieles den Tatsachen nicht entsprechendes enthalten, dass ich mich veranlasst sehe, Sie um Veröffentlichung folgender Zurechtstellung zu bitten. Die in dem Bericht berührten Gegensätze zwischen dem Roten Kreuz und den Militärhospitälern sind an sich schon unerfreulich genug und es ist daher sehr wenig erwünscht, wenn von einer Seite, von der man wohl Objectivität erwarten darf, Berichte erscheinen, die geeignet sind diese Gegensätze zu verschärfen.

Herr E. M. schreibt, dass es in Charbin nur eine kleine Zahl von Betten des Roten Kreuzes giebt, 10—12 Prozent der Gesamtbettenzahl «im ganzen höchstens 2000». — Das ist nicht richtig und es wäre für Herrn E. M., der selbst in Charbin lebt, ein leichtes gewesen sich darüber genau zu informieren. Es wäre ihm gewiss nicht schwer gefallen zu erfahren, dass in Charbin rund 7000 Betten (genau 7050) am 1. November vorhanden waren, d. h. zu der Zeit als der Brief geschrieben wurde (15. Okt.). Gegenwärtig ist die Zahl bedeutend grösser.

Ferner schreibt Herr M.: «alles was an Lazaretten südlich von Charbin ist, kommt wegen Winzigkeit wenig in Betracht». Meint hier Herr M. alle Hospitäler oder nur die des Roten Kreuzes? Jedenfalls betrug die Zahl der Betten des Roten Kreuzes von Charbin bis zur Front — d. h. die Zahl längs der Südstrecke der Bahn mit der Zweigbahn 5210. (Auch diese Zahl ist seitdem bedeutend gewachsen). — Allein diese Zahl kann man doch jedenfalls nicht als «winzig» bezeichnen und ebensowenig sagen, dass sie «wenig in Betracht kommt». Wenn ein Drittel sämtlicher Verwundeter von der Schlacht am Schaché somit in den Hospitälern des Roten Kreuzes Platz finden konnte, so kann man doch nicht in so wegwerfendem Tone von der freiwilligen Krankenpflege des Roten Kreuzes und ihren Leistungen reden.

Herr E. M. spricht weiter von den Verwundungen und sagt «die Japaner benutzen jetzt dickere (?) Kugeln mit relativ weichem Kupfermantel und abgeplatteter Spitze, — alles das wird dazu beitragen, die Heilung ungünstig zu gestalten. — Im Frühling starb fast niemand (?!) in den Hospitälern an seinen Wunden. Im Juli und August betrug die Mortalität annähernd 1—2 pCt. Jetzt wird man sich auf andere Ziffern gefasst machen müssen». Das klingt so, als wenn die Japaner ganz im allgemeinen jetzt die beschriebenen Projectile benutzten. Dem ist nun nicht so. Ein Projectil mit Kupfermantel ist überhaupt nicht gefunden worden. Herr M. meint ein älteres Mausergeschoss von 8,2 mm. mit Phosphorbronzemantel. Dieses Geschoss wird von einigen Reserveregimentern, die der Ostarmee gegenüber standen, geführt. Alle übrigen japan. Regimenter bedienen sich nach wie vor des kleinkalibrigen Nickelstahlmantelgeschosses. — Allerdings werden die Wunden schlimmer, das ist aber auf Winter-Kleidung und geringere Reinlichkeit (cf. auch E. M.) und ferner darauf zurückzuführen, dass mehr in Tranchéen gekämpft wird, wobei Recochetten häufig vorkommen.

Die Behauptung, dass im Frühling fast niemand in den Reservehospitälern starb, bedarf der Zurechtstellung. Die Reservehospitäler in Charbin haben natürlich ihr Material erst erhalten, nachdem jene Hospitäler der vorderen Linien, «die ihrer Winzigkeit wegen kaum in Betracht kommen» die schwersten Verwundeten, die nicht weiter gebracht werden konnten, verpflegt hatten. Von diesen starb ein Teil. Die übrigen wurden soweit hergestellt, dass sie evacuationsfähig waren und kamen in diesem Zustande dann nach Charbin. Dass das nur so und nicht anders sein kann, liegt doch auf der Hand.

Dann redet Herr E. M. von den Verpflegungskosten in den verschiedenen Hospitälern, behauptet, dass der Kranke im Roten Kreuz mehr kostet als in einem Militärhospital, und dass letzteres sich mit der Verpflegung z. B. im Evangelischen Hospital nicht messen könne, die gewiss nicht unter 3 Rubel täglich betrage. Herr E. M. hätte gewiss besser getan, diesen Punkt nicht zu berühren, weil ihm, wie ich vom Oberarzt des Evang. Hospitals erfahren habe, die Verpflegungskosten des letzteren nicht offiziell bekannt sein können, und weil ihm ein Urteil über die Ausgaben einer fremden Anstalt nicht zusteht.

Einen schweren Vorwurf macht Herr E. M. ferner allen Hospitälern des Roten Kreuzes; wenigstens glaube ich so die Bemerkung verstehen zu müssen — «quoad Reinlichkeit sind wir (sc. die Militärhospitäler) ihnen über». Ich habe das Hospital, in dem Herr M. dient, nicht gesehen, habe mir aber die besten Militärhospitäler in Charbin und viele andere angesehen. Ich kann nun nicht finden, dass die Hospitäler des roten Kreuzes auch den besten Militärhospitälern an Reinlichkeit irgend wie nachstehen und was die Vorrichtungen zur Bereinigung, zum Waschen etc. anlangt, so sind sie in vielen Hospitälern des Roten Kreuzes mustergültig, — während die Militärhospitäler vielfach gezwungen sind am vorschriftsmässigen Typus und am vorhandenen Material festzuhalten.

Herr E. M. sagt u. a: «Man spricht, schreibt, druckt und telegraphiert so viel über das Rote Kreuz; man vergisst daher, dass kaum mehr als 10—12 pCt. (sic!) aller Kranken und Verwundeten durch die Hände dieses Instituts gehen und es darin allerdings im Durchschnitt (im Original gesperrt) besser haben als in den entsprechenden Militärinstitutionen, aber mit einem unvergleichlich grösseren Aufwand (?) an Menschen (?) und Geld». Die aus diesen Worten hervorklingende Stimmung gegenüber dem Roten Kreuz teilt Herr M. mit vielen seiner Kollegen, ich weiss das. Aber ist es denn wirklich so schwer zu verstehen, dass das Rote Kreuz eine gesellschaftliche Institution ist, die dieser Gesellschaft öffentlich Rechnung abzulegen hat, — ebenso wie etwa das Lepra-

Digitized by Google

komité, der Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose etc. —, und zwar nicht blos Rechenschaft abzulegen hat über den geschäftlichen Teil, sondern auch über die aktive Teilnahme selbst einzelner Personen, denen die Gesellschaft das Vertrauen der Führung und Pflege geschenkt hat? — Auch die Militärärzte haben ihre Instanz, der sie Rechenschaft abzulegen haben, das ist aber nicht die Presse, sondern ihre Vorgesetzten, — und diesen steht es frei Berichte auch in die Presse gelangen zu lassen. Es ist bedauerlich, dass von dieser Seite bisher nichts erfolgt ist, ich glaube die Leistungen der Militärärzte hätten so ihre wohlverdiente öffentliche Anerkennung gefunden.

Die militärärztlichen Institutionen werden selbstverständlich in Summa mehr Kranke und Verwundete verpflegt haben, als das Rote Kreuz. Deswegen aber die Hülfeleistungen des Roten Kreuzes zu unterschätzen, ist man um so weniger berechtigt, als vor Beginn des Krieges von amtlicher Seite ein Aufruf an die öffentliche Wohltätigkeit erging, nicht nur im allgemeinen zu helfen, sondern, wenn ich mich recht besinne, etwa $^{1}/_{3}$ sämmtlicher Pflegebedürftiger auf ihren Teil zu nehmen und ungefähr ebensoviel von den Kosten der Verpflegung in den Militärhospitälern zu tragen. Dieser Aufgabe, dieser Bitte ist die öffentliche Wohltätigkeit fast genau nachgekommen und verdient dafür allen Dank.

Gerade der jetzige Krieg hat gezeigt, wie der enge Rahmen der Disciplin und die unbedingte Anheftung sanitätlicher Einheiten an militärische Einheiten — gelegentlich im Sanitätsdienst Lücken lässt, die gerade von einer so freien Institution, wie sie das Rote Kreuz darstellt, ausgefüllt werden können. Das Rote Kreuz kann früher da sein und kann später fortgehen, es kann Opfer bringen, die die Militärhospitäler nicht bringen dürfen — weil sie nach dem Kriege weiter bestehen müssen — während das Rote Kreuz seine Institutionen im wesentlichen für den vorliegenden Krieg geschaffen hat und daher auch diesem zum Opfer bringen kann.

So hoffe ich denn, dass auch Herr E. M. zu der Einsicht gelangen wird, dass das Rote Kreuz keine Institution ist, deren Tätigkeit so minderwertig ist, dass sie kaum in Betracht kommt; ich hoffe, dass er einsieht, warum die beiden Institutionen neben einander existieren müssen und warum sie einander nicht entbehren können.

Prof. W. Zoege von Manteuffel.

(Poststempel Mukden 10. Jan. 1905).

II.

Zu meiner Entgegnung auf die «Nachrichten von Kollegen aus dem fernen Osten» von E. M. bitte ich noch folgendes Material hinzuzufügen, das ich zu Publikationszwecken kaum zu erhalten hoffen durfte. Deswegen sandte ich das, was ich vom Roten Kreuz erhielt, ab, ohne die Daten der Militärhospitäler beizufügen. Inzwischen habe ich die letzteren zum Zweck der Publikation erhalten und sehe zu meinem eignen Erstaunen, wie kolossal sich Kollege E. M. geirrt hat.

Das Rote Kreuz besitzt, um das nocheinmal mit einer kleinen Additionskorrektur zu wiederholen:

in Charbin	7050	Betten.
Auf der Strecke bis Kandolisan	4030	»
Auf der östlichen u. westlichen Strecke . .	2670	»
	13750	Betten.

Die Militärhospitäler in Charbin:

15 «сводные» mit	6000 + 300	Offiziersbetten.
2 запасные	400 + 20	»
ergeben zusammen	6720	Betten

Hierzu kommen auf der Südstrecke:

Mukden für Soldaten	600 + 30	Offiziersbetten.
Tjielin » »	400 + 20	»
Hunchulin » »	600 + 20	»
Kuantjensy» »	500 + 20	»
	2190	Betten.
macht mit den	6720	»
Summa	8910	Betten.

Hierzu kommen dann noch die beweglichen Hospitäler im Felde. Die kommen aber für die Ausführungen E. M.'s nicht in Betracht, ebenso wenig wie die fliegenden Kolonnen und Institutionen des Roten Kreuzes, die vielfach auch Betten haben. — Alle gegebenen Daten beziehen sich auf den 1. Nov., seitdem hat die Militärverwaltung in Charbin und hier in Hunshulin (2000) noch Platz in Erdhütten geschaffen. Aber allerdings hat auch das Rote Kreuz die Zahl seiner Betten ganz beträchtlich erhöht. So hat hier das Evangelische L. sich um 70 — das der Kaiserin Maria auch um 70 vergrössert — in Charbin sind das Libauer und das Deutsche Lazarett mit je 200 Betten eingetroffen etc. etc. Die Zahlen gelten durchaus für die Zeit, in der E. M. geschrieben hat.

Prof. W. Zoege von Manteuffel.
Hunshulin d. 13. Januar 1905.

Ich füge eine Liste sämtlicher Institute des Roten Kreuzes bei.

(Nur ungern verzichten wir wegen Raummangels auf den Abdruck dieser instruktiven Liste. d. Red.).

Vermischtes.

— Der als Augenarzt bekannte Dr. med. Herzog Karl Theodor in Bayern beging am 10/23. Februar sein 25-jähriges Arztjubiläum. — Zum Studium der Medizin bestimmten den Jubilar die tiefgehenden Eindrücke im deutsch-französischen Kriege 1870/1871, den er im sächsischen Hauptquartier mitmachte. Der Herzog bildete sich an der Universität München als Chirurg aus, um in einem künftigen Kriege etwa als Leiter eines Feldlazaretts dem Vaterlande zu dienen. Wenig bekannt dürfte es sein, dass der Herzog durch einen russischen Arzt veranlasst wurde, sich dem Gebiete der Augenheilkunde zuzuwenden. Als er nämlich krank in Mentone sich aufhielt, lernte er, wie die «Augsb. Abendztg.» berichtet, den russischen Augenarzt Iwanow kennen, der ihn in die Praxis der Augenheilkunde einführte. Seine späteren Lehrer waren die Proff. Rothmund (München), Horner (Zürich) und Arlt (Wien). Die selbständige augenärztliche Tätigkeit begann der Herzog 1879 in Tegernsee. In der Herzoglichen Augenheilanstalt in München werden durchschnittlich im Jahre 700 stationäre und 4000–5000 ambulante Kranke aus allen Teilen der Welt kostenlos behandelt. Die jährliche Zahl der Operationen beträgt ungefähr 600—700, darunter 200—250 Staroperationen. Bis zum Jubiläumstage betrug die Zahl der Staroperationen mehr als 4700.

— Der Konsultant für innere Krankheiten bei den Moskauer Erziehungsanstalten der Institutionen der Kaiserin Maria, Prof. ord. der Moskauer Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Scherwinski, ist auf eigenes Ersuchen der erstgenannten Stellung enthoben worden.

— Am 31. Januar feierte der Armenarzt in Odessa Dr. S. Schor das 30-jährige Jubiläum seiner ärztlichen und kommunalen Tätigkeit. Das von den Kollegen zur Veranstaltung eines Soupers zu Ehren Dr. Schors gesammelte Geld wurde auf Wunsch des Jubilars nach St. Petersburg gesandt zur Verteilung an die Familien der am 9. Jan. verwundeten und gefallenen Arbeiter. (R. Wr.)

— Als Präsident des hiesigen Mediko-philanthropischen Komitees der Kaiserl. Philanthropischen Gesellschaft ist der Konsultant der Heilanstalt I. K. H. der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Sachsen-Koburg-Gotha, für ambulante Kranke, wirkl. Staatsrat Dr. Tschernyschew, und als Vizepräsident dieses Komitees ist der Gehülfe des Direktors des St. Olgahospitals und Konsultant bei den Lehranstalten der Institutionen der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrat Dr. Klimenko, bestätigt worden, beide gemäss der Wahl auf drei Jahre, unter Belassung in den von ihnen bisher bekleideten Stellungen.

— Unser Landsmann Prof. Dr. Hans v. Reyher ist wie das «Rig. Tagebl.» aus Dresden erfährt, — entgegen den bisherigen Gerüchten — zum Dienst als Militärarzt auf dem Kriegsschauplatz nicht einberufen worden, da er bereits dem Landsturm angehört.

— Der Privatdoz. Dr. Rotgert Baron Budberg - Bönninghausen ist von seiner Mission in den Fernen Osten wohlbehalten in Jurjew (Dorpat) wieder eingetroffen und wird, wie die «Nordl. Ztg.» hört, auf den Kriegsschauplatz nicht mehr zurückkehren.

— Der ältere Geschäftsführer der Militär-Medizinalverwaltung des kaukasischen Militärbezirks, Staatsrat Dr. Shilinski, ist zum Arzt für besondere Aufträge V. Klasse der genannten Verwaltung ernannt worden.

— Verstorben: 1) In St. Petersburg der frühere Oberarzt der Russisch-Chinesischen Eisenbahn, Staatsrat Dr. Michael Poletika, im 51. Lebensjahre. Die ärztliche Tätigkeit hat der Verstorbene seit 1882 ausgeübt, eine Zeit

Digitized by Google

lang auch in St. Petersburg und Kiew. 2) In Berditschew der langjährige Arzt der Südwestbahnen, Dr. Konrad Dynowski, im Alter von 68 Jahren, nach 44-jähriger ärztlicher Praxis. 3) In Warschau der freipraktizierende Arzt Dr. Joseph Wszebor im 70. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte die Venia practicandi i. J. 1862 erlangt. 4) In St. Petersburg der ausseretatmässige Arzt des hiesigen Findelhauses Dr. Nikolai Dwueglasow im 55. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seine praktische Tätigkeit i. J. 1874 begonnen hatte, fungierte in früheren Jahren auch als Landschaftsarzt im Petersburger Gouvernement. 5) In Dresden der ehemalige Präsident des sächsischen Landesmedizinalkollegiums, Geh. Medizinalrat Dr. Rudolt Günther, im Alter von 76 Jahren.

— Der auch von uns seiner Zeit besprochene Prozess wegen Misshandlung des Dr. Sabussow durch den Generalmajor Kowalew ist neuerdings auf dem Appellationswege ans Oberkriegsgericht gelangt und vor den Schranken dieser Behörde unter dem Vorsitz des Generals Leicht verhandelt worden. Das Oberkriegsgericht kassierte das Urteil des Tifliser Kriegsgerichts wegen Verletzung der Artt. 797 und 802 im 24. Bande des Militärstatuts und verwies den Prozess zur nochmaligen Verhandlung an ein Gericht mit einem neuen Bestande der Richter.

— Zum Ordinator des städtischen Bassmannschen Krankenhauses in Moskau ist, wie wir der «Deutsch. Mosk. Ztg.» entnehmen, der gegenwärtig auf dem Kriegsschauplatze als Oberarzt des Evangelischen Lazaretts weilende Dr. O. v. Schiemann ernannt worden.

— Der Privatdozent der Moskauer Universität und ältere Ordinator des St. Olga-Kinderhospitals in Moskau, Staatsrat Dr. Kiessel, ist als Arzt des Moskauer Alexander-Instituts bestätigt worden, mit Belassung in den beiden anderen von ihm bekleideten Stellungen.

— Der frühere ältere Arzt des Twerschen Gouvernements-Landschaftshospitals, Dr. Peter Baratynski, welcher in letzter Zeit als freipraktizierender Arzt in St. Petersburg tätig ist, hat sich mit Genehmigung der Konferenz der militär-medizinischen Akademie als Privatdozent für Chirurgie an der genannten Akademie habilitiert.

— Die Konferenz der militär-medizinischen Akademie hat für die von ihnen eingereichten Preisarbeiten dem Arzt P. Aparin — die goldene Medaille und dem Arzt A. Lunjak — die Prämie des Akademikers Simin zuerkannt. Diese Preisarbeiten haben die genannten Aerzte noch als Studenten der Akademie angefertigt.

— 25 Aerzte in Livland, die im Laufe der Kriegszeit zum aktiven Dienst einberufen aber nachher befreit worden waren, haben, wie die «Düna-Ztg.» erfährt, wieder die Weisung erhalten, sich noch einmal bei der Gouvernements-Arztekommission behufs Besichtigung zu stellen.

— Vakante Lehrstühle. Es sind Konkurse ausgeschrieben: 1) von dem klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna — zur Besetzung des Lehrstuhls der Hygiene und allg. Bakteriologie und 2) vom weiblichen medizinischen Institut — zur Besetzung des Lehrstuhls der operativen Chirurgie und topographischen Anatomie. Meldungen zum Konkurse, unter gleichzeitiger Beifügung eines Curriculum vitae und der wissenschaftlichen Arbeiten der Kandidaten, werden vom klinischen Institut bis zum 20. März 1905 und vom weibl. med. Institut bis zum 7. März entgegengenommen.

— Dr. Otto Thilo, der auch unseren Lesern durch seine Beiträge in unserer med. Wochenschrift bekannt ist, hat, den Rigaer Blättern zufolge, in der vorigen Woche einen Zyklus von Vorträgen über Anatomie und Physiologie im Rigaschen Gewerbeverein begonnen, die sich einer zahlreichen Zuhörerschaft erfreuen, namentlich soll der weibliche Teil unter der Zuhörerschaft ganz bedeutend überwiegen.

— Am 12. Februar haben sich 15 Studenten der militär-medizinischen Akademie nach Charbin begeben, um dort als Gehülfen der Aerzte in den Hospitälern zu fungieren.

— V. Internationaler geburtshülflich-gynäkologischer Kongress. Die Internationale geburtshülflich-gynäkologische Gesellschaft hat die Stadt St. Petersburg zum Sitz ihres 5. Kongresses erwählt. Das Organisations-Komitee dieses Kongresses besteht unter dem Vorsitz von Prof. Dm. von Ott aus den Vertretern der Katheder für Geburtshülfe und Gynäkologie aller Hochschulen des Russischen Reiches und hat bereits seine Tätigkeit eröffnet. Es beruft den Kongress für die Zeit vom 11. bis 18. September (29. Aug.—5. Sept. alten Stils) 1905.

Indem das Organisationskomitee hiervon alle Kollegen, die sich für Geburtshülfe und Gynäkologie interessieren, benachrichtigt, bittet es sie, an den Arbeiten des Kongresses zum Nutzen der Fortentwickelung und Blüte dieser Spezialität teilzunehmen. Es giebt sich der Hoffnung hin, dass der 5. Gynäkologen-Kongress in der Residenz Russlands ebenso zahlreiche Mitglieder, wie die früheren Kongresse, haben werde, und wird sich bemühen alle Massregeln zu treffen, um den ausländischen Gästen die weite Reise und den Aufenthalt in Russland möglichst bequem und angenehm zu gestalten. Als beste Gewähr für die Sympathie, mit welcher unser Vaterland seine Gäste zu empfangen bereit ist, dient die Tatsache, dass Seine Majestät der Kaiser den Kongress unter Seinen Allerhöchsten Schutz genommen hat; seinerseits hat das Komitee beschlossen, alle Sprachen ohne jegliche Beschränkung bei den Verhandlungen des Kongresses zuzulassen, damit niemand durch die Wahl bestimmter Sprachen verhindert würde, an den Arbeiten des Kongresses teilzunehmen. Es wird also den Herrn Kongressmitgliedern freigestellt, sich bei Vorträgen und während der Debatten einer beliebigen Sprache nach eigener Wahl zu bedienen.

Als Hauptthemata hat das Komitee folgende Fragen bestimmt:

1) Ueber die forcierte Entbindung (Accouchement forcé);

2) Ueber die operative Behandlung der Fibromyome des Uterus;

3) Ueber die vaginale Operationsmethode in der Geburtshülfe und Gynäkologie;

4) Kritische Beurteilung der operativen Eingriffe bei Retrodeviationen des Uterus;

5) Ueber das Chorio-epithelioma.

Aerzte, die an dem Kongress teilzunehmen beabsichtigen, werden gebeten, das Bureau des Kongresses (St. Petersb. Wassili-Ostrow, gegenüber der Universität, 3) davon in Kenntnis zu setzen.

Das Organisations-Komitee besteht aus dem Vorsitzenden: Prof. Dmitri von Ott; den Komiteemitgliedern: Prof. Fedorow, J. (Warschau), Prof. Gavronski, N. (Charkow), Prof. Gubarew, A. (Moskau), Prof. Grammatikati, N. (Tomsk), Prof. Grusdew, V. (Kasan), Prof. Jassinski, P. (Charkow). Prof. Jastrebow, N. (Warschau). Prof. Lebedew, A. (St. Petersburg), Prof. Michin, P. (Charkow), Prof. Michnow, S. (Jurjew), Prof. Muratow, A. (Kiew), Prof. Fenomenow, N. (St. Petersburg), Prof. Ratschinski, N. (St. Petersburg). Prof. Rein, G. (St. Petersburg), Dr. Schmidt, A. (St. Petersburg), Prof. Snegirew, W. (Moskau), Prof. Stroganow, W. (St. Petersburg), Prof. Tolotschinow, N. (Charkow), Dr. Wasten, W. (St, Petersburg), Dr. Wiedeman, C. (St. Petersburg); dem Schriftführer: Dr. P. Sadowski, (St. Petersburg, Nevski Prospect 90) und dem Schatzmeister: Prof. A. Samschin (St. Petersburg, Wassili-Ostrow, Universitätslinie 3).

— Das militär-medizinische gelehrte Komitee hat sich auf eine Anfrage des kaukasischen Militär-Medizinalinspektors bezüglich der Zweckmässigkeit der Anticholeraimpfungen, ebenso wie bezüglich der prophylaktischen Dysenterie- und Typhusimpfungen, seine Meinung dahin abgegeben, dass es diese Impfungen nicht empfehlen könne, da der Nutzen von Impfungen mit Anticholeratoxinen zu prophylaktischen Zwecken in der Wissenschaft bis jetzt nicht feststehe.

— Die Konferenz der Landschaftsärzte des Odessaer Kreises hat bei der Beratung der gegen die im Frühjahr wieder zu erwartende Cholera notwendigen Massnahmen es für wünschenswert erachtet, die Bekämpfung der Epidemie den Landschaftsverwaltungen und den Städten zu überlassen und zum Kampfe gegen die Cholera auch Personen zuzulassen, die ausländische medizinische Fakultäten absolviert haben.

— Wir bringen nachstehend eine Schilderung einer Vergewaltigung von drei Aerzten in dem jetzt so belebten Charbin (Sibirien), die kaum glaublich erscheinen würde, wenn sie nicht in einem Tagesbefehl des Kommandanten der Stadt, Generals Nadarow ihre Bestätigung finden würde. Dieser Tagesbefehl lautet in der «Wost. Obosr.» nach einem Referat der «Rig. Rundsch.» folgendermassen:

In der Nacht vom 11. auf den 12. November v. J. nahmen drei Aerzte aus Charbin einen Fuhrmann an, um zu fahren. Dieser wollte jedoch nicht fahren, die Polizei mischte sich hinein, ein Haufe von Fuhrleuten sammelte sich an und die Aerzte

Digitized by Google

wurden in die Polizei-Bezirksverwaltung abgeführt, d. h. man brachte sie blos auf den Polizeihof, wo sie, ohne dass ein Protokoll aufgenommen wurde, eine Tracht Prügel erhielten und darauf im Arrestlokal mit 35 dort schon befindlichen Vagabunden eingeschlossen wurden. Das Verlangen der Aerzte, der Polizeimeister oder ein Polizeioffizier solle erscheinen, wurde vom Polizeiwachtmeister keiner Beachtung gewürdigt. Die Aerzte mussten im engen und dunklen Arrestlokal bis 11 Uhr vormittags des 12. Nov. verbleiben und wurden darauf entlassen. Ein dejourierender Revieraufseher war in der Nacht nicht anwesend und pflegte, wie die Untersuchung ergab, überhaupt nicht nachts auf seinem Posten zu sein. General Nadarow verhängte hierauf folgende Strafen: Der Fuhrmann wurde aus Charbin ausgewiesen, 3 Polizeibeamte wurden mit 30 Tagen Arrest auf der Hauptwache und Uebertührung zur Front bestraft, der Polizeiwachtmeister wurde entlassen, der Stadtteilspristaw Stabsrittmeister Dolinski erhielt 10 Tage Arrest, der Polizeimeister von Charbin Stabsrittmeister v. Ziegler erhielt einen Verweis, der Polizeichef auf dem Territorium der ostchinesischen Bahn Oberstleutnant Sarembo eine Bemerkung. Der Chef der genannten Bahn Generalmajor Chorwat wurde ersucht, die gesetzliche Ordnung in der Charbinschen Polizei wiederherzustellen und energische Massnahmen zu treffen, dass sich dergleichen Vorgänge nicht mehr wiederholen.

— Der verdienstvolle Herausgeber und Redakteur einer der ältesten russischen medizinischen Zeitschriften, der «Medizinskoje Obosrenije» (Medizinische Rundschau), Dr. Wilh. Sprimon, ist wegen Krankheit von der Redaktion derselben zurückgetreten. 31 Jahre hindurch hat Sp. das von ihm zu einer Zeit, wo die russische medizinische Literatur noch sehr spärlich gesäet war, gegründete Journal allein redigiert und unentwegt weitergeführt, obschon der materielle Erfolg ein recht kärglicher war, sodass zuzeiten das Weitererscheinen des Journals sogar in Frage gestellt wurde. Jetzt ist die «Medizinskoje Obosrenije» in den Besitz der Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau übergegangen, welche die Redaktion des Journals dem Dr. Michael Jakowlew übertragen hat.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. Febr. d. J. 10247 (181 mehr als in d. Vorw.), darunter 1047 Typhus — (126 mehr), 967 Syphilis — (22 mehr), 289 Scharlach — (10 mehr), 110 Diphtherie — (3 mehr), 48 Masern — (5 mehr) und 13 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 30. Januar bis zum 5. Febr. 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
483	406	889	223	100	162	15	15	24	68	62	68	54	57	32	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 4, Typh. abd. 34, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 19, Scharlach 18, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 4, Grippe 14, Katarrhalische Lungenentzündung 149, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 109, Tuberkulose anderer Organe 20, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungskanals 110, Totgeborene 36.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 22. Febr. 1905.

Tagesordnung: O. Moritz: Zur Kenntnis der Eiweisskörper im nephritischen Urin.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 14. März 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Ein sehr nützliches Produkt aus Cascara-Sagrada

„CASCARINE LEPRINCE"

$C^{12}H^{10}O^{5}$

Medizinische Akademie 12. Juli 1892.

Akademie d. Wissenschaften 1. April 1893 u. 3. Juli 1899.

Erprobt: bei gewöhnlicher Verstopfung, Leberleiden, als antiseptisches Mittel für die Verdauungsorgane; bei Atonie des Verdauungskanals, Verstopfung bei Schwangeren und mit der Brust Stillenden, und gegen Gallenstein.

Gewöhnliche Dosis in Pillen: 2 Pillen nach dem Essen oder zur Nacht vor dem Schlafengehen.

Haupt-Depot: 62, rue de la Tour, Paris.

Depot in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

Digitized by Google

Xeroform

Bester Jodoformersatz. Im Gebrauch geruchlos, keimfrei, ungiftig selbst bei innerlicher Darreichung grosser Dosen als Darmantiseptikum. Schmerz- und blutstillend, nicht reizend, kein Ekzem erzeugend. Kräftiges Desodorans, eminent austrocknend und epithelbildend. **Spezifikum bei ulcus cruris, intertrigo, nässenden Ekzemen, Verbrennungen.** Sparsamer Verbrauch, daher billig in der Anwendung.

Bruns'sche Xeroform-Paste.

Creosotal

Creosotal „Heyden" ist nicht nur bewährtestes **Antiphthisikum,** sondern auch **Spezifikum,** bei nicht tuberkulösen Infektionskrankheiten der Luftwege. **Rapide Heilung von Pneumonie** (auch Broncho-, Masern-, Influenza-, Diphtherie-Pneumonie) durch grosse Dosen Creosotal: 10 bis 15 g pro die in 4 Portionen, bei Kindern Tagesdosis 1 bis 6 g.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik v. Heyden, Radebeul-Dresden

oder deren Vertreter: (20) 11—3.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp. 8, St. Petersburg.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT a/M.

EUCHININ

Entbittertes Chinin, gleiche Heilwirkung wie letzteres bei **Fiebern, Influenza, Typhus, Keuchhusten, Malaria** und **Neuralgie.**

VALIDOL

Energisches und dabei reizloses **Analepticum, Antihystericum, Antineurasthenicum** und **Stomachicum;** ferner gutes Mittel gegen **Seekrankheit.**

VALIDOL-PERLEN

Enthaltend je 0,2 gr. **reines Validol,** empfehlen sich der **sicheren Dosierung** halber, lösen sich sofort im Magen.

(5) 4—3.

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Medicinischer Verlag von **Georg Thieme** in Leipzig.

Soeben erschienen:

Geschlechtskrankheiten, Lehrbuch.
Dr. Max Joseph. 4. vermehrte Auflage.
54 Abbildg. und 3 farb. Tafeln 7.—, geb. 8.—.

Gynaekologischer Operationskurs, Leitfaden.
Dr. G. Orthmann. 2. erweiterte Auflage.
95 farb. Abbildg. geb. M. 4,50.

Vorträge über praktische Therapie
herausg. v. Prof. Dr. Schwalbe
(a. d. Deutschen Medizinischen Wochenschrift).
Heft 1.

Indikationen und Methodik der Digitalistherapie. Prof. Dr. H. Eichhorst in Zürich. — Diagnose und Behandlung der Frühstadien der Tabes. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. F. Schultze in Bonn. — Ueber die Behandlung des Pancritium. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. B. Riedel in Jena. — Ueber die Behandlung und Heilungsaussichten der Sterilität bei der Frau. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Bumm in Berlin. — Ueber die Behandlung der Netzhautablösung. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. H. Sattler in Leipzig. 80 Pfennige.

EISENACH
KURANSTALT HAINSTEIN
NAHE DER WARTBURG
DAS GANZE JAHR GEÖFFNET
LEITENDER ARZT DR. HESS.

Wasserheilanstalt
Traunstein-Oberbayern
Sanatorium für Nervenkranke
Das ganze Jahr geöffnet. Leiter und Besitzer Dr. med. G. Wolf.

Sanatorium Villa Primavera.
Gardone Riviera, Italien.
Prospekte des Sanitätsrats Dr. Koeniger.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.
J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

Das Krankenutensilienlager
des St. Petersburger Samariter-Vereins
Maximilianowsky Pereulok, 11.
verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege nothwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.
Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.
Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Digitized by Google

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antituberculum und Anti-Diarrhoicum.

Pastilli Thiocoli „Roche“

verlässlichste, bequemste und billigste Verabreichungsform des Thiocols.

Sulfosotsyrup „Roche“

o entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Thigenol „Roche“

Synthetisches Schwefelpräparat mit 10 % organ. gebundenem Schwefel.

Braune, dicksyrupöse, *geschmacklose, im Gebrauch geruchlose* ungiftige Flüssigkeit. Leicht resorbierbar, wirkt nicht reizend, sondern milde, juckreiz- und schmerzlindernd, lässt sich leicht mit Wasser abwaschen und fleckt nicht die Wäsche.

Als Schwefelpräparat und als vorzüglicher Ersatz für Ichthyol angezeigt bei:

Ekzem, rein oder 20% Salbe (sofortige Abnahme des Juckens, des Nässens und der Infiltration); ***Pruritus*** und ***Urticaria*** (sofortige juckstillende Wirkung); parasitäre Darmatosen wie: ***Scabies*** (Einreibung mit grüner Seife, nach 1 Stunde Bad, vollständige Einreibung mit Thigenolum purum, abends 2. Thigenoleinreibung. In 2 Tagen Heilung); ***Favus*** etc.: ***Akne;*** gynäkologischen Affektionen wie: ***Endo-, Para-*** und ***Perimetritis, Beckenexsudate,*** als 10—20% Thigenolvaginaltampons oder Suppositorien à 0,30; ***Rheumatismus*** (Einreibungen mit Thigenol, Chloroform ac. 10,0, Spir. champhor 40,0); ***Erysipel*** (pur oder 10% Salbe); ***Fissura ani, Haemorrhoiden*** etc.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Cie., Fabrik chem.-pharm. Produkte

Basel (Schweiz) ✳ *Grenzach* (Baden).

(13) 11—5.

Sirolin „Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Airol „Roche“

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate.

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Bromipin. *Ausgezeichneter Ersatz für Bromalkalien — besonders wertvoll in der Frauen- und Kinderpraxis. — Bromipin kann unbedenklich in grösseren Dosen gegeben werden.*

(12) 13—7.

Dionin. *Ein mildes, relativ ungiftiges, in Wasser leicht lösliches Morphinderivat von hervorragender schmerz- und hustenstillender Wirkung. Ist in allen Fällen als Ersatzmittel für Morphium und Codein mit Nutzen zu verwenden.*

Jodipin. *Der beste Ersatz für Jodalkalien. Anerkanntes Mittel bei Lues, Bronchitis, Arteriosklerose, Skrophulose, Tuberkulosis incipiens, sowie in allen anderen Fällen, in denen Jodpräparate indiziert sind.*

NATÜRLICHE MINERALWASSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme.

(2) 18—16.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Luitgart Heimberger, Вас. Остр., 6 лин., д. 29, кв. 13.

Frau **Marie Kubern,** Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Frau **L. A. Bogoslowskaja,** Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Minna Rieser,** geb. **Franke.** Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Дозв. ценз. Спб., 18 Февраля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
APR 7 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

Infolge Erhöhung der Preise für Druckarbeiten sind wir genötigt die Insertionspreise **vom 1. April 1905** an zu erhöhen und zwar von **16** auf **20** Kop. (von **35** auf **45** Pf.) pro Zeile der 3 mal gespaltenen Seite zu berechnen.

№ 8 St. Petersburg, den 26. Februar (11. März). **1905.**

Inhalt: Dr. C. Ströhmberg: Die Abnahme der Gonorrhoe bei den Dorpater Prostituierten seit dem Jahre 1898. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. Herausgegeben von Dr. Gustav Heermann. — Neuburger und Pagel: Handbuch der Geschichte der Medizin. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Nachrichten von Kollegen aus dem fernen Osten. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Die Abnahme der Gonorrhoe bei den Dorpater Prostituierten seit dem Jahre 1898.

(Vortrag, gehalten in der Dorpater medizinischen Gesellschaft am 13. Oktober 1904.)

Von

Dr. C. Ströhmberg.

Bevor ich die kleine Zahlenreihe vorlege, welche den Schwerpunkt dieser Erörterung bildet, und welche, wie mir scheint, als weiterer Beweis für den Nutzen der Kontrolle der Prostitution dienen kann, sofern die letztere entsprechend den Anforderungen der Wissenschaft organisiert wird, ist es erforderlich, in aller Kürze die Strömungen zu berühren, welche gegenwärtig die Anschauungen über die Kontrolle beeinflussen.

Seit der ersten internationalen Brüsseler Konferenz im Jahre 1899, also seit nunmehr 5 Jahren, ist ein allgemeines reges Interesse für den Kampf mit den Geschlechtskrankheiten in West-Europa erwacht. Auch in Russland besitzen wir ein neues humanes Regulativ über die Organisation der Kontrolle der Prostitution vom 8. Oktober 1903, welches sein Entstehen dem St. Petersburger amtlichen Kongresse vom Jahre 1897 verdankt. Man hat es also im grossen und ganzen mit einer erfreulichen Bewegung auf diesem Gebiete zu tun, insofern als man sich nicht mehr scheut, diesem früher mit Scheu gemiedenen Thema in grossen öffentlichen Versammlungen seine Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die ärztliche Aufgabe auf diesem Kampfesgebiete besteht vor allen Dingen in der Entdeckung und ärztlichen Erforschung der Hauptquelle der Geschlechtskrankheiten. Nachdem der erste Teil dieser Aufgabe schon lange gelöst ist, indem man in der Prostitution die Quelle der grossen Verbreitung der Geschlechtskrankheiten erkannt hat, erübrigt die Erforschung der psychischen Eigentümlichkeiten der Prostituierten und der Intensität der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter ihnen. Wenn auch in diesem Teile der Frage schon viel geschehen ist, so bedarf es doch noch recht ernster Arbeit auf demselben, um die gefundenen wissenschaftlichen Wahrheiten zum Allgemeingut von Aerzten und Laien zu machen. Immerhin genügt das bisher Geleistete schon zu der Erkenntnis, dass eine intensive ärztliche Behandlung der Prostituierten anzustreben ist. Allein die Durchführung der Behandlung hat bisher fast überall noch sehr viel zu wünschen übrig gelassen. Vom ärztlichen Standpunkte aus besteht somit der Schwerpunkt der Frage in einer Vervollkommnung der Behandlung, entsprechend den psychischen und pathologischen Eigentümlichkeiten der Prostituierten und dem Wesen der Geschlechtskrankheiten. Von diesem Standpunkte aus ist es zu bedauern, dass die Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, so zu sagen, Modesache geworden ist, denn es beteiligen sich an den Verhandlungen der Prostitutionsfrage gegenwärtig sehr viele Elemente, denen das vom ärztlichen Standpunkte Wichtigste, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, nebensächlich erscheint, oder die sich gar feindlich zur ärztlichen Aufgabe stellen. Ein Erfolg im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten ist aber nur von einer rein ärztlichen Tätigkeit zu erwarten, abgesehen von allen abolitionistischen oder sozialdemokratischen Nebenrücksichten, welche an und für sich weder mit der Psychologie, noch der Pathologie, noch der Therapie im mindesten etwas zu tun haben. Die der ärztlichen Tätigkeit hinderlichen Elemente zeichnen sich zudem durch ihre leidenschaftliche Propaganda aus. Daher trifft man in ihren Polemiken anstatt wissenschaftlicher Deduktion und Beweisführung mitunter Beleidigungen gegen Andersdenkende und Entstellungen der Aeusserungen der Gegner. Das hindert bedauerlicher Weise die all-

Digitized by Google

gemeine Anerkennung bereits festgestellter wissenschaftlicher Tatsachen. Es liegt ja in der Natur einer Modesache, dass sie mehr einer gegebenen Geschmacksrichtung, als den wissenschaftlichen, im vorliegenden Falle den hygienischen Anforderungen entspricht. Die modernen Verhandlungen über die sexuelle Abstinenz, die geschlechtliche Aufklärung der Jugend, die Schäden der Kurpfuscherei, die Beteiligung der Krankenkassen an der Behandlung der Kranken durch Rekonvalescentenheime für Syphilitische, über die Melde- und Verschwiegenheitspflicht der Aerzte bezüglich der in Betracht kommenden Krankheiten, über die Fürsorgeerziehung der minderjährigen Prostituierten u. s. w. sind ja ganz dankenswert. Wichtiger aber als alle diese an und für sich sehr lobenswerten Bestrebungen ist und bleibt im Kampfe mit den Geschlechtskrankheiten die Untersuchung und Behandlung der Prostituierten. Dieses heikele Thema wird nur zu gern umgangen. Es muss zugegeben werden, dass die ärztliche Kontrolle, wie sie früher gehandhabt wurde und auch jetzt noch vielfach gehandhabt wird, eine öde Beschäftigung darstellt, die daher nur zu gern mit Schweigen übergangen wird. Sie hört aber auf unerspriesslich zu sein, sobald sie rein klinisch durchgeführt und das grosse Ziel des Nutzens der Allgemeinheit nicht aus den Augen gelassen wird. Es ist immer und immer wieder zu betonen, dass bei der Bekämpfung von Krankheiten vor allem der ärztliche Standpunkt Berücksichtigung verdient, und dass die zweckmässige Behandlung als Hauptthema zu gelten hat, während alle andere Fragen höchstens als unterstützende Momente in Betracht kommen können. Und doch hat, trotz der Beteiligung Fournier's und trotz seiner nicht anzuzweifelnden Autorität auf dem ärztlichen Gebiete dieser Frage, die von der französischen Regierung am 18. Juli 1903 eingesetzte, aus 70 Mitgliedern bestehende, ausserparlamentarische Kommission zum Studium der mit der Sittenpolizei und der Ueberwachung der Prostitution etwa verbundenen Missstände in einer Sitzung vom 10. Juni 1904 sich mit 19 gegen 10 Stimmen für die Abschaffung der Reglementierung der Prostitution ausgesprochen, weil nicht ärztliche, sondern stärker vertretene abolitionistische Anschauungen den Sieg davontrugen.

Also nicht Verbesserung des mangelhaften, sondern Vernichtung des in Frankreich geübten ungenügenden Schutzes gegen die Geschlechtskrankheiten wird verlangt, obgleich der heutige Zustand der Dinge auf's dringendste besondere Massregeln erfordert.

Zum spontanen Verschwinden der Geschlechtskrankheiten wären folgende, zur Zeit unerfüllbare, Bedingungen erforderlich: 1) dass die Erkrankten ihre Krankheit rechtzeitig erkennen (unmöglich bei sehr vielen Syphilitikern und bei den meisten Gonorrhoen der Weiber), 2) dass sie sich alle rechtzeitig in Behandlung begeben (zunächst noch ebenso unerreichbar wie die erste Bedingung), 3) dass in jedem Falle die erfolgte Heilung, oder zum mindesten das Schwinden der Infektiosität ärztlich konstatiert werde (auch zur Zeit ein pium desiderium), 4) dass die Kranken während ihrer Infektiosität alles beachten, was die Ansteckung anderer verhindert (sehr viele verbreiten diese Krankheiten, ohne es selbst zu wissen, einige aber auch wissentlich).

Die Erfüllung der angegebenen Bedingungen und also auch das spontane Aufhören der Verbreitung dieser Krankheiten, oder auch nur eine Verminderung derselben ohne besondere Massregeln ist nicht zu erwarten. Da es, wie immer wieder hervorzuheben ist, unerschütterlich feststeht, dass die meisten dieser Infektionen von der Prostitution ausgehen, einer Bevölkerungsgruppe, welche selbst bei ihrem gewerbsmässigen antisozialen Verhalten in besonders hohem Grade den geschlechtlichen Infektionen ausgesetzt ist, und welche, abgesehen von wenigen Ausnahmen, nicht die mindeste Neigung hat, die oben aufgestellten Bedingungen zu erfüllen, und sich stationär behandeln zu lassen, so sind zum erfolgreichen Kampfe mit den Geschlechtskrankheiten besondere Massregeln gerade gegen diese in so hohem Grade gesundheitsgefährlichen Elemente zur Zeit noch unumgänglich notwendig. Es ist eine, von mir schon oft betonte, elementare Wahrheit, dass solche Massregeln in einer besonders sorgfältigen ärztlichen Beobachtung und Behandlung dieser antisozialen Elemente und für den Fall der Weigerung im Zwange zur Beobachtung des Erforderlichen, oder kurz, in der ärztlichen Kontrolle der Prostitution zu bestehen haben. Diese Forderung fusst, ausser auf den psychologischen Eigentümlichkeiten der Prostituierten, auf dem gerechten Verlangen der allgemeinen Prophylaxe und auf dem besonderen Charakter der hier in Betracht kommenden Krankheiten. Bei der Prophylaxe der Cholera, des Abdominaltyphus, der Dysenterie wenden wir unser Hauptaugenmerk auf das Trinkwasser, als das hauptsächlichste Verbreitungsmittel dieser Krankheiten, bei der Pest auf Ratten und Mäuse und überhaupt auf die Umgebung der Kranken, bei der Malaria auf Moskitos, beim Milzbrand und der Lyssa auf die damit infizierten Tiere. Bei Tuberkulose, Pneumonie, Influenza und Keuchhusten behalten wir die Möglichkeit der Tröpfcheninfektion durch die Ausatmungsluft im Auge, bei Scharlach, Masern und Pocken die Stäubcheninfektion. Bei den letzteren sieben Krankheiten spielt ausserdem der unmittelbare Kontakt eine Hauptrolle bei der Verbreitung. Es tritt hier bei den akuten Erkrankungen die Isolierung in ihre Rechte. Bei der Tuberkulose lässt sich der unmittelbare Kontakt unschwer vermeiden, sobald die Wohnungsverhältnisse es gestatten, und die Kranke sowie die Umgebung auf die Notwendigkeit der Vermeidung des Kontaktes aufmerksam gemacht worden sind. In zweiter Linie kommen bei allen genannten Krankheiten auch andere Verbreitungswege von mehr oder minder grosser Bedeutung in Betracht. Bei der Verbreitung der Syphilis und bei der Gonorrhoe hat fast nur ein unmittelbarer, und zwar ein sehr inniger Kontakt Bedeutung, die Berührung mit der Umgebung des Kranken aber spielt hier nur eine nebensächliche Rolle. Der innige Kontakt wird von den Prostituierten gewerbsmässig zur Bestreitung ihres Unterhaltes mit einer möglichst grossen Zahl von Männern bald hier, bald da, heute in dieser Stadt, morgen in einer andern gesucht. Da sie den sehr schwer zu beherrschenden Geschlechtstrieb der Männer exploitieren, so beruht ihr Gewerbe auf einer nimmer sich erschöpfenden Nachfrage. Es kann hier daher bei der Unmöglichkeit, den Kontakt zu verhindern, kein anderes prophylaktisches Mittel geben, als die Verminderung der Gefährlichkeit des Kontaktes durch konsequente Behandlung und durch die Isolierung für die Zeit besonders ansteckender Perioden ihrer Krankheiten. Denn die absolute Isolierung, welche bei akuten Infektionskrankheiten unschwer durchgesetzt werden kann, ist bei dem chronischen Verlauf ihrer Krankheiten undurchführbar.

Wie wir soeben gesehen haben, ist es aber heutzutage leider Modesache die Kontrolle der Prostituierten anzugreifen und zu verwerfen, obgleich der Fournier'sche Ausspruch vom «gesunden Menschenverstande» in dieser Angelegenheit gleichzeitig zum geflügelten Worte geworden ist. Fournier sagt nämlich etwa folgendes: Falls man eine kondylomatös syphilitische Prostituierte, anstatt sie im Krankenhause zu internieren, frei herumvagieren liesse, so würde sie, wie es der gesunde Menschenverstand lehrt, täglich eine gewisse Anzahl von Infektionen veranlassen können, welche dank ihrer Internierung unterbleiben müssen.

Auch bei uns zu Lande macht sich diese bedauerliche Störung geltend. In Tschernigow äusserte ein ange-

Digitized by Google

sehener Stadtverordneter bei Gelegenheit der Beratung der Reorganisation der Kontrolle im Eifer der Diskussion, er habe ruhig Verurteilungen zur Zwangsarbeit mit unterschrieben, er wünsche aber nicht dasjenige Glied des Stadtamtes zu sein, dem es in der Komiteesitzung obliegt, die Bezeichnung «Prostituierte» zu vermerken und ein mit dieser Bezeichnung versehenes Dokument einer gefallenen Frau einzuhändigen. In Jalta erwiderte die Sanitäts-Kommission, welche sich über das neue Regulativ äussern sollte, dass daselbst die Prostitution keine merklichen Dimensionen besitze.

Es haben also die Beobachtungen, welche einen Erfolg der Kontrolle beweisen können, gerade in gegenwärtiger Zeit eine grosse Bedeutung. Bevor man einen solchen Beweis beginnt, ist es zweckmässig, sich über das Mass des Erreichbaren klar zu werden. Voraussetzung irgendwelchen Erfolges ist natürlich ein streng wissenschaftliches ärztliches Vorgehen. Da die Prostituierten ein ausserordentlich fluktuierendes Element der Bevölkerung darstellen und heute in einer, morgen in einer anderen Stadt ihr Wesen treiben, so können durchschlagende Erfolge auch nur von einer überall wohlorganisierten wissenschaftlichen ärztlichen Tätigkeit erwartet werden. Leider muss man bekennen, dass zur Zeit eine allgemeine wissenschaftliche Organisation der ärztlichen Tätigkeit fehlt, und dass die Entwickelung einer solchen durch die Propaganda der Abolitionisten und Sozialdemokraten verhindert wird. Die Tätigkeit des einzelnen nach wissenschaftlichen Prinzipien Arbeitenden lässt sich daher unter Umständen mit der Aufgabe eines Arbeiters vergleichen, welcher das Innere eines, in einen Sumpf gestellten, durchlöcherten Fasses rein erhalten soll. Während er mit dem Ausschöpfen beschäftigt ist, dringt aus der Umgebung beständig neues Sumpfwasser in's Fass ein.

In meiner Arbeit über die Prostitution, welche im Jahre 1899 erschien, habe ich gezeigt, dass vom 1. Januar 1897 bis zum 1. Januar 1899 unter den hiesigen Prostituierten der Prozentsatz der condylomatös syphilitischen (d. h. der im Laufe der letzten 3 Jahre infizierten) von 33 pCt. auf 21,2 pCt. herabgegangen war. Seitdem hat er zwischen 22,3 pCt. und 25,8 pCt. geschwankt. Ich halte daher 21 pCt.—26 pCt. für das minimum, auf welches die Zahl der condylomatös syphilitischen Prostituierten unter den gegenwärtigen Verhältnissen hier herabgedrückt werden kann. In diesem Vortrage nun möchte ich unter Hinweis auf die vorliegende Tabelle die Frage erörtern, ob es mit Hülfe der mikroskopischen Gonokokken-Untersuchungen und der dadurch bedingten sorgfältigeren Behandlung gelingt, die Zahl der gonorrhoisch infizierten Prostituierten zu vermindern

Diese Untersuchungen werden zwar seit dem Jahre 1890 für die Prostituiertenambulatorien von Neisser empfohlen, aber bisher nur in sehr wenigen Ambulatorien durchgeführt. Hier in Dorpat sind sie nach 2-jähriger Vorarbeit seit dem Jahre 1898 im Gange. Beiläufig möchte ich bemerken, dass, wie alle Massregeln der Kontrolle, so auch diese sachlichen Untersuchungen ausser passiven auch aktive Gegner besitzen. Ich brauche nur Kromayer, Loethe, Behrend zu nennen, welche diese Untersuchungen ganz und gar verwerfen. ferner Blaschko, Freudenberg etc., welche sie nur bezüglich der klinisch Verdächtigen für zweckmässig erachten. Es ist aber eine unanfechtbare Tatsache, dass bei sehr vielen Prostituierten trotz des Fehlens klinischer Erscheinungen Gonokokken gefunden werden, und dass wiederum bei anderen die Zeichen eines Cervikalkatarrhs oder eine Absonderung aus den Skene'schen Laknnen der Urethra vorhanden sein können, ohne dass bei wiederholter Untersuchung Gonokokken gefunden werden. Daher ist die Diagnose der Gonorrhoe bei den Prostituierten ohne mikroskopische Untersuchung ein Ding der Unmöglichkeit. Neisser verlangt, dass die mikroskopische Untersuchung der Sekrete der Prostituierten bei jeder Besichtigung ausgeführt werde. Sein Schüler Baermann stellt als Ideal eine tägliche Untersuchung hin und verlangt mindestens eine 2 mal wöchentliche für jede Prostituierte. Er teilt zugleich mit, dass er für die mikroskopische Untersuchung von 140 Präparaten eine Zeit von 5 Stunden nötig habe, d. h. etwa 2¼ Minute pro Präparat. Zu dieser Behauptung wäre zu bemerken, dass eine so kurze und vielleicht eine noch kürzere Zeit bei positivem Befunde genügen kann, dass sie aber für ein negatives Präparat ganz ungenügend ist. Bei einer streng wissenschaftlichen Untersuchung dürfte man von einem Präparate nur dann behaupten, dass keine Gonokokken darin vorhanden sind, nachdem man jeden Punkt desselben geprüft hat. Zuverlässige Resultate kann man nur durch die Untersuchung mit Oelimmersion erwarten. Hier wird zu diesen Untersuchungen das Leitz'sche System $^1/_{12}$ benutzt. Ein Deckgläschen von 15 mm. im Quadrat enthält nun aber $75^2=5625$ Quadrate von 0,2 mm. oder 200 n., oder aber 7165 Gesichtsfelder der Leitz'schen Immersion von $^1/_{12}$. Da bei Lichteindrücken, welche mit einer Geschwindigkeit von $^1/_{17}$ bis $^1/_{18}$ Secunde erfolgen, sich Interferenzerscheinungen geltend machen, so können solche bei der Besichtigung jedes Punktes eines Deckgläschens mit Immersion $^1/_{12}$ nur dann vermieden werden, falls die Besichtigung des ganzen Gläschens mehr als $6^2/_3$ Minuten in Anspruch nähme. Diese Zeit ist aber noch lange nicht genügend, um jeden einzelnen Punkt des Deckgläschens genau zu prüfen. Ich habe zu einer genauen Prüfung sämtlicher Punkte eines Deckgläschens $^1/_2$ Stunde nötig. Hier sind auf 70—80 Besichtigungen während eines Ambulanztages nach meinen Erfahrungen durchschnittlich etwa zwei positive Gonokokkenbefunde zu erwarten. Ich müsste also, falls ich mir zur Aufgabe machen würde, von jeder der Besichtigten jedesmal je ein mikroskopisches Präparat des Sekretes der Urethra und der Cervix in allen seinen Punkten zu durchmustern, jedesmal 140 bis 160 Präparate untersuchen, um 2 positive Resultate zu erhalten. Wenn diese letzteren in 2 Minuten erlangt werden würden, so hätte ich zur Durchmusterung der negativen Präparate 68 bis 78 Stunden nötig. Glücklicherweise kommt man in der Praxis ohne diese unmögliche Forderung aus. Bedient man sich der von mir schon seit Jahren empfohlenen Methode der Prostituiertenuntersuchungen, so kennt man seine Patienten schon mehr oder weniger gut. Weiss man z. B. von einer Prostituierten, dass man seit Jahren bei keiner Untersuchung Gonokokken gefunden hat, so hat man das Recht sie für minder gefährlich bezüglich der Gonokokken zu halten. Ausserdem giebt das Bild der Präparate schon einen Hinweis darauf, ob in denselben Gonokokken zu erwarten seien oder nicht. Sind in einem Präparate viele Leukocyten vorhanden, deren Kerne sich mit Löffler'scher Methylenblaulösung gut und deren Protaplasma sich gar nicht färbt, so dass die Kontouren der Zellen unsichtbar sind, und sind ausserdem im Präparate wenig Mikroorganismen zu sehen, so hat man in demselben Gonokokken zu erwarten, und wird, falls man sie nicht schnell findet, länger suchen. Sind in einem Präparate vorwiegend Epithelzellen und sehr wenig Leukocyten vorhanden, deren Kontouren bei Methylenblaufärbung deutlich hervortreten, oder aber sind im Präparate sehr reichliche Mikroorganismen vorhanden, so wird man in demselben aller Wahrscheinlichkeit nach vergeblich nach Gonokokken suchen, und es würde sich nicht lohnen, auf solch' ein Präparat viel Zeit zu verwenden. Falls man Jahre hindurch bei einer Prostituierten niemals mikroskopisch Gonokokken hat nachweisen können, so wird ein Auftreten von Gono-

Digitized by Google

kokken wohl kaum anders als nach einer neuen Infektion zustande kommen können; und diese dürfte sich dann wohl auch in den allermeisten Fällen durch mehr oder minder deutliche klinische Symptome verraten. Es kommen nun freilich Cervical- und Uterusgonorrhöen vor, bei welchen zeitweilig positive mit negativen Gonokokkenbefunden abwechseln, was wohl daher rühren möge, dass das am orificium externum sich zeigende Sekret nicht immer von ein und demselben Punkte der Schleimhaut der Uterushöhle und des Cervicalkanales herrührt. Bei der von mir empfohlenen individualisierenden Behandlungsmethode der Prostituierten entgehen aber solche Patientinnen nicht der Aufmerksamkeit und der konsequenten teils ambulatorischen, teils stationären Behandlung.

Die im hiesigen Ambulatorium mit gutem Erfolge durchgeführte Handhabung des Mikroskopierens geschieht in folgender Weise. Mikroskopische Präparate werden bei uns angefertigt: erstens von jeder neu hinzugekommenen Prostituierten, ferner bei den minimsten klinischen Erscheinungen der Gonorrhoe, sodann bei den nach der Erfahrung und Beobachtung Verdächtigen und endlich bei jeder ohne Ausnahme 3 mal im Semester. Eine derartige Verwendung des Mikroskopierens passt in den Ramen unserer ambulatorischen Tätigkeit, welche 2 mal wöchentlich eine Arbeit von je 4—6 Stunden beansprucht, wobei jedes mal 70—100 Prostituierte ambulatorisch besichtigt und zugleich ambulatorisch behandelt werden. Es darf nun freilich nicht in Abrede gestellt werden, dass hin und wieder das Uebersehen einer vorhandenen Gonorrhoe bei diesem Modus vorkommen kann und tatsächlich vorgekommen ist. Das wird aber immerhin viel seltener der Fall sein, als bei der Unterlassung der mikroskopischen Untersuchung. Eine Prüfung durch den verstorbenen Kollegen Böttcher, welche darin bestand, dass in einer kurzen Frist unter genügender Assistenz fast gleichzeitig von sämtlichen Prostituierten Präparate angefertigt wurden, die dann in aller Musse untersucht wurden, ergab nur bei solchen Prostituierten positive Befunde, bei denen bereits durch die hier übliche Untersuchung das Vorhandensein von Gonokokken konstatiert worden war. Das darf wohl als Beweis dafür gelten, dass die Mitte zwischen der unerfüllbaren Forderungen der täglichen Gonokokkenuntersuchung jeder Prostituierten und der vollständigen Vernachlässigung der mikroskopischen Untersuchung ein sehr gutes praktisches Resultat ergiebt. Es kommt nun darauf an zu konstatieren, ob sich solches zahlenmässig demonstrieren lässt. Die Zu- und Abnahme der Zahl der unter einer gewissen Menge von Prostituierten nachgewiesenen Gonorrhoefälle kann durch sehr verschiedene Ursachen bedingt sein, die alle wohl kaum aufgezählt werden können. Im wesentlichen wird diese Zahl wohl meist durch folgende Umstände beeinflusst werden.

1) Bei dem stark fluktuierenden Charakter dieser Bevölkerungsgruppe kann der Zustrom Gonorrhoischer von auswärts sehr wechseln, je nachdem, von wo sie kommen.

2) Schwankungen in der Zahl der gonorrhoischen Klienten der Prostituierten müssen auch die Morbidität der letzteren bald vergrössern, bald vermindern.

3) Je genauer die Untersuchung ist, um so mehr Gonorrhöen werden entdeckt werden.

4) Von einer konsequenten Behandlung wird man eine Verminderung erwarten dürfen.

5) Zufällige Fehlerquellen sind um so zahlreicher, je komplizierter die Untersuchungsmethode.

Alle diese Umstände müssen berücksichtigt werden, falls man aus der beigefügten Tabelle Schlüsse ziehen will. Seit 1902 werden folgende Massregeln gehandhabt: ausser einer stationären Behandlung von durchschnittlich einmonatiger Dauer gesteigerte ambulatorische Behandlung, stetige Mahnung der Patientinnen zur Sauberkeit und häuslichen Weiterbehandlung mit Medikamenten, welche aus dem Ambulatorium unentgeltlich verabfolgt werden, Empfehlung der Mittel zur persönlichen Prophylaxe.

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass die binnen eines Semesters gonorrhoisch befundenen Prostituierten in den Jahren 1898—1900 22 pCt. —28 pCt. der Gesamtzahl betrugen, dass im Jahre 1901 diese Zahl auf 32 pCt. —36 pCt. anschwoll, um schon im Jahre 1902 auf das frühere Mass 24 pCt. —25 pCt. herabzugehen, und um sich dann weiter in der letzten Periode 1903—1904 bis auf 16 pCt. —19 pCt. zu vermindern.

Diese Zahlen entsprechen vollkommen dem allgemeinen Eindruck, den ich bei den hiesigen Untersuchungen empfangen habe, indem hier jetzt viel seltener Gonokokken gefunden werden als früher; und ich erblicke in ihnen den Beweis dafür, dass die Gonorrhoe unter den hiesigen Prostituierten tatsächlich abgenommen hat, ohne indes bestimmen zu können, bis zu welchem Minimum sie unter den obwaltenden Umständen reduziert werden könnte. Sicherlich aber würde dieses Minimum um so kleiner werden, je allgemeiner die hier beobachteten Prinzipien der Untersuchung und Behandlung der Prostituierten auch anderweit acceptiert werden würden. Die erzielten Resultate dürfen jedenfalls als ein weiterer Beweis für den Nutzen der Kontrolle angesehen werden.

Jahr.	Semester.	Gesamtzahl der Prostituierten im Semester.	Zahl der Personen, bei welchen im Laufe des Semesters Gonokokken gefunden wurden.	% gonorrhoischer Prostituierter im Semester.	Sistierungen wegen Gonorrhoe während des Semesters.	% der Sistierungen.
1898	I	213	51	24 %	89	42 %
	II	202	57	28 %	78	39 %
1899	I	207	46	22 %	55	27 %
	II	218	57	26 %	86	40 %
1900	I	217	55	25 %	73	31 %
	II	222	59	27 %	88	40 %
1901	I	212	67	32 %	94	44 %
	II	200	72	36 %	94	47 %
1902	I	204	52	25 %	62	30 %
	II	206	50	24 %	61	30 %
1903	I	220	36	16 %	51	23 %
	II	212	33	16 %	38	18 %
1904	I	213	42	19 %	48	23 %

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Sammlung zwangsloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. Herausgegeben von Dr. Gustav Heermann. Halle a. S. Verlag von Karl Marhold. 1904.

VII. Band, Heft 6—7. Die otogenen Erkrankungen der Hirnhäute. Von Dr. Hölscher, Stabsarzt in Ulm.

Auf Grund einer grösseren Anzahl von eigenen Beobachtungen und der reichhaltigen Literatur versucht Verf. ein

Digitized by Google

Bild der otogenen Erkrankungen der Hirnhäute zu geben. Im vorliegenden Doppelhefte werden nur die Erkrankungen an der Aussenfläche der harten Hirnhaut besprochen. Zunächst werden vom Verf. die Wege beschrieben, auf welchen eine Pockenhöhleneiterung in das Schädelinnere vordringen kann und darauf die Aetiologie, klinischen Erscheinungen, Diagnose und operative Behandlung des Extraduralabszesses ausführlich erörtert. Die Darstellung ist durch zahlreiche Krankengeschichten illustriert, ist überall klar und leicht fasslich und muss als eine recht gelungene bezeichnet werden. Jedem, der sich auf dem betreffenden Gebiet näher orientieren will, kann die Arbeit nur bestens empfohlen werden.

VII. Band, Heft 8. Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren. Von Dr. Maximilian Bresgen in Wiesbaden.

In der vorliegenden Abhandlung wird die Aetiologie der obengenannten Erkrankungen, ihre eminente Bedeutung für Schule und Gesundheit und ihre Behandlung ausführlich besprochen. Den praktischen Aerzten kann die sehr lesenswerte Arbeit warm empfohlen werden.

A. Sacher.

Neuburger und Pagel: Handbuch der Geschichte der Medizin. Lief. II u. XI. (Jena. Fischer).

Des Oefteren hat Ref. schon an dieser Stelle Gelegenheit gehabt, auf die Vorzüge dieses hervorragenden und empfehlenswerten Werkes hinzuweisen. Dasselbe geschehe auch dieses Mal nach Kenntnisnahme der beiden vorliegenden Lieferungen, von denen die II. die Geschichte der Heilkunde bei den Griechen in der Bearbeitung von Fuchs, und die XI. die Geschichte der Chirurgie in meisterhafter Darstellung durch Helferich bringt.

Es ist zu hoffen, dass in Bälde das ganze Werk vollständig vorliegen wird, worüber dann s. Z. berichtet werden soll.

Wichert.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung v. 3. März 1904.

1. Dr. Buchholz demonstriert vor der Tagesordnung ein 3-jähriges Kind mit angeborener Cyanose (Blausucht) in Folge einer angeborenen Pulmonalstenose, kombiniert mit einem Offenbleiben des Septums.

Es findet sich eine bläuliche Verfärbung der ganzen Körperoberfläche, und ist dieselbe am stärksten ausgesprochen an den Schleimhäuten, den Zehen und den trommelschlägelförmigen Fingern.

Der Herzbefund ergiebt das Bild einer Pulmonalstenose: die rechte Herzgrenze einen Finger breit nach rechts vom rechten Sternalrande, ein lautes systolisches Geräusch im 2. linken Intercostalraum, keine Verstärkung des 2. Pulmonaltons. Der Augenhintergrund (Dr. v. Hedenström) ist dunkel gefärbt, und erscheinen die Gefässe als schwarze Streifen, und zwar sowohl die Venen als auch die Arterien, nach Hochsinger ein sicherer Beweis dafür, dass in den Arterien primär venöses Blut zirkuliert (Mischungscyanose) infolge anormaler intrakardialer Kreislaufkomplikationen.

(Autoreferat).

2. Dr. J. Eliasberg demonstriert vor der Tagesordnung einen Lichen ruber planus:

Patientin S. K., 20 Jahre alt, ist sonst immer gesund gewesen, gut gebaut, von kräftigem Knochenbau. Menses regelmässig. Ein Zusammenhang des Hautleidens mit den Menses ist nicht vorhanden. Das Leiden besteht angeblich seit dem 3.—4. Lebensjahre. Zwei Jahre befindet sich Patientin in meiner Beobachtung und hat das Leiden während dieser Zeit keine Fortschritte gemacht.

Was nun den Krankheitsfall besonders charakteristisch und ihn zu einem besonders seltenen macht, ist folgendes:

1) Die strichförmige Anordnung, genau im Verlauf eines Hautnerven. Befallen ist der linke Arm, ein kleiner Bezirk des Oberarms und etwa 2/3 des Vorderarms der Länge nach. Die Breite beträgt etwa 3/4 Ctm. in der schwächsten Partie, am Oberarm; und 5/4 Ctm. in der breitesten — am Vorderarm. Diese Anordnung ist es, die den Fall in die Kathegorie der strichförmigen Hautleiden im Bezirke eines Hautnerven einreihen lässt, die im Jahre 1901 ganz besonders den VII. Kongress der deutschen dermatologischen Gesellschaft, abgehalten in Breslau, beschäftigt hat.

2) Das überaus lange Bestehen des Leidens, ohne dass es an Umfang zugenommen hätte.

3) Das Vorkommen von Warzen an den Fingern der linken Hand (Zeigefinger und Daumen), die von demselben Hautnerven versorgt werden. Die Warzen bestehen gleichfalls schon sehr lange. Wie lange, konnte Pat. nicht angeben. Was nun die Diagnose anbetrifft, so habe ich in diesem Falle, wenn auch die ganz typischen Knötchen fehlen, so doch auf Grund des hartnäckigen, überaus heftigen Zuckens und der sehr charakteristischen chagrinlederartigen Veränderungen der befallenen Haut auf Lichen ruber planus gestellt.

(Autoreferat).

3. Dr. v. zur Mühlen demonstriert den angekündigten Fall von Aneurysma der Aorta ascendens mit Arrosion des Sternums:

E. K. 44 a. n. Vor 4 Jahren erkrankte Pat. mit Schmerzen im r. Arm und im Rücken. Im vorigen Sommer bemerkte ich zuerst die allmählich sich vergrössernde Vorwölbung auf der Brust. Die Schmerzen strahlen jetzt zuweilen auch in beide Arme hinaus. Beim Arbeiten und Treppensteigen leidet sie an Atembeschwerden; Husten besteht nicht, gelegentlich aber heftige Kopfschmerzen. Flüssige Sachen kann sie gut schlucken, feste machen ihr Schwierigkeiten: sie muss gleich nachtrinken. Seit etwa einem Jahre will sie dieses bemerkt haben. Schwellungen der Arme haben nicht bestanden.

Sie ist seit 15 Jahren verheiratet, hat 4 Kinder, das älteste 15 Jahre, das jüngste 6 Jahre. Vor 13 Jahren ein Abort im 3. Monat. Als Kind Masern, sonst immer gesund. Der 39-jährige Mann lebt und soll gesund sein, nur oft an Gliederschmerzen leiden.

Status: Genau auf der Mitte des Sternum erhebt sich eine halbkugelige, 6 Ctm. im Durchmesser betragende Vorwölbung von weich elastischer Konsistenz. Dieselbe erstreckt sich, wurstförmig schräg nach rechts und oben verlaufend, in einer Entfernung von 12 Ctm. fort, von derselben Breite wie der Tumor, nur etwas flacher werdend, und am Ende kuglig abfallend. Ueber dem ganzen Tumor, mehr über seiner seitlichen Fortsetzung ist deutliche, mit dem Herzen isochrone Pulsation wahrzunehmen, in welche die anliegenden seitlichen Brustpartien mit hineingezogen werden. Schwirren oder Dicrotismus ist mit der aufgelegten Hand nicht zu fühlen.

Die Perkussion ergiebt Dämpfung im Bereiche der vorgewölbten Partien, hinten jedoch nicht.

Die Auskultation ergiebt leichtes systolisches und diastolisches Sausen. Ungleichmässigkeit des Pulses besteht nicht, ebenso ist der Carotispuls beiderseits gleich stark.

Als Zeichen der Kompression und Stauung ist leichte Venenzeichnung an der oberen Thoraxpartie zu sehen, lokale Oedeme liegen nicht vor.

Seitens der Respirationsorgane liegen keine ausgesprochenen Symptome vor, ausser leichter Dyspnoe beim Atmen. Laryngoskopisch lässt sich weder eine Lähmung des Stimmbandes, noch auch eine Kompression der Trachea nachweisen, die deutlich bis fast zur Bifurkation übersehen werden kann.

Mit Wahrscheinlichkeit besteht eine Kompression des Oesophagus, worauf das erschwerte Schlucken fester Speisen hinweist. Es liegt hier wohl eine Erweiterung des aufsteigenden Teiles der Aorta vor, und zwar kann dieselbe nicht bis zum Nervus laryngeus reichen, da sonst sicher eine Stimmbandlähmung zu erwarten wäre. Dass die Erweiterung eine ungemein grosse ist, ist nicht nur durch den vorliegenden Befund, sondern auch durch die Röntgenaufnahme erwiesen.

(Autoreferat).

4. Dr. Bertels hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Pruritus als Symptom der Basedow'schen Krankheit».

Vortragender berichtet über eine Patientin mit ausgesprochener Basedow'scher Krankheit, bei welcher gleichzeitig mit den übrigen Basedowerscheinungen ein sehr lästiger Pruritus auftrat. Derselbe verschwand vollständig als eine relative Heilung erfolgt war und stellte sich bei einem Rezidiv der Basedow'schen Krankheit abermals ein. Früher hatte Patientin nie an Pruritus gelitten. Bei einer zweiten Patientin mit zweifelhaftem Basedow (es bestand nur Struma, Tachykardie, Herzklopfen) trat ebenfalls ein Jahr nach ihrer Erkrankung Pruritus auf.

In der Literatur hat Vortragender das Vorkommen von Pruritus bei Basedowscher Krankheit nur in folgenden Fällen erwähnt gefunden:

Zwei Fälle von Reinbach aus der Mikulicz'schen Klinik in Breslau; in beiden Fällen verschwand der Pruritus, als Heilung der Basedowschen Krankheit eintrat.

Ein Fall von Hirschl aus der Krafft-Ebingschen Klinik in Wien.

Ein Fall von S. Popow in Moskau.

Die Monographien und Lehrbücher erwähnen das Vorkommen von Pruritus bei der Basedowschen Krankheit nicht. Nur Neisser nennt unter denjenigen Zuständen, welche zum Pruritus Veranlassung geben können, auch den Morbus Basedowii.

Auf Grund namentlich des ersten selbstbeobachteten, sowie der beiden Reinbach'schen Fälle kommt Vortragender zu dem Schluss,

Digitized by Google

dass Pruritus ein, wenn auch seltenes, Symptom der Basedowschen Krankheit ist, dass es sich also nicht um ein bloss zufälliges Zusammentreffen handelt. Diese Ansicht erhält eine weitere Stütze durch die Angabe von Ewald, dass auch beim Fütterungsthyreoidismus Hautjucken vorkommen soll.

Diese letztere Tatsache macht es ferner wahrscheinlich, dass auch der bei der L. B. beobachtete Pruritus thyreogenen Ursprungs ist, d. h., dass infolge des im Blute in vermehrter Menge kreisenden, vielleicht auch noch qualitativ veränderten Sekrets der Schilddrüse eine Einwirkung auf die sensiblen Nervenendigungen in der Haut stattfindet. Der Pruritus Basedowkranker würde somit hinsichtlich seines toxischen Ursprungs ein vollkommenes Analogon zu den bei Ikterus, Diabetes etc. vorkommenden bilden.

(Autoreferat).

Dr. M. Schönfeldt zitiert einen Fall aus seiner Praxis, wo eine ältere Dame mit Morb. Based. zugleich an ausgesprochener Neigung zu Pruritus leidet. Redner, der Pat. seit 10 Jahren in Behandlung hat, konnte stets einen Zusammenhang zwischen dem Jucken und einer Zunahme resp. Abnahme von nervösen Beschwerden konstatieren. Er hält dieses Symptom daher für eine Teilerscheinung der allgemeinen Neurose, und glaubt nicht an eine Abhängigkeit desselben von spezifischen, dem Basedow eigentümlichen, toxischen Einflüssen. Pat. hat in letzter Zeit des Pruritus wegen bei Dr. J. Eliasberg in Behandlung gestanden.

Dr. J. Eliasberg hat den Pat. zuletzt im vorigen Sommer gesehen. Damals bestand das Jucken nur an den Ohren und am Kopfe, sonst nirgends.

Dr. Sokolowski fragt Dr. Bertels, ob in seinen Fällen der Pruritus auch an bestimmte Lokalisationen gebunden gewesen. Er, Redner, habe bei Morb. Based. wiederholt gerade Ohrenjucken beobachtet.

Dr. Bertels: In seinen Fällen sei der Pruritus ein allgemeiner gewesen.

Dr. Sokolowski: Hautjucken als Teilerscheinung allgemeiner Neurosen sei nicht selten, und zwar meist über den ganzen Körper gleichmässig verteilt. Der von ihm bei Based. beobachtete Pruritus scheine sich aber von jenem dadurch zu unterscheiden, dass er sich auf bestimmte Hautstellen beschränke, so besonders auf die Ohren, wie überhaupt die Kopfhaut.

Redner hat das Symptom bei Morb. Bas. oft erlebt, und hält es für ein häufiges Vorkommnis bei dieser Krankheit.

Dr. v. Krüdener stimmt der von Dr. Schönfeldt geäusserten Auffassung bei. Auch der Augenarzt hat häufig Gelegenheit über Jucken nicht nur an den Augen, sondern auch an anderen Stellen klagen zu hören. Meist handle es sich in solchen Fällen um Neurastheniker, die späterhin bei Besserung ihres Allgemeinzustandes auch das Jucken verlieren. Die Ausführungen des Dr. Bertels haben ihn nicht von der Eigenart des Pruritus bei Morb. Basedowii überzeugen können.

Dr. Schönfeldt bestreitet den von Dr. Sokolowski betonten Unterschied zwischen dem universellen Pruritus der Neurosen und dem lokalisierten bei Basedow. Auch bei ersterem sei das Jucken häufig streng lokalisiert, so am Scrotum, am Anus etc. Redner werde in Zukunft diesem Symptome bei Based. mehr Aufmerksamkeit zuwenden. Es sei allerdings auffallend, dass bei einer so häufigen Krankheit wie Morb. Based. ein solches Symptom nicht auch häufiger in den Vordergrund treten sollte.

Dr. Sokolowski betont nochmals die überraschende Häufigkeit dieses Symptoms auch bei leichteren Fällen von Morb. Bas. und hält gerade die Eigentümlichkeit desselben, sich zu lokalisieren, für ein Charakteristikum dieser Krankheit.

Dr. Kröger II hat unter der nicht geringen Zahl ihm bekannter Basedowfälle keinen Pruritus beobachtet, allerdings auch nie danach gefahndet. Er stimmt mit Dr. Bertels' Auffassung überein, und bemerkt gegenüber den Einwänden der DDr. Schönfeldt und v. Krüdener, dass in Berücksichtigung der Tatsache, dass der Pruritus vornehmlich ein Symptom gewisser, mit toxischen Wirkungen einhergehender Krankheiten, wie etwa Ikterus und Diabetes mellitus sei, sein Vorkommen bei Morb. Based. — einer nach dem heutigen Stande der Wissenschaft doch exquisit toxischen Krankheit — gar nicht wundernehmen dürfe. Wie Dr. Bertels bereits ausgeführt, handle es sich bei allen diesen Erkrankungen wahrscheinlich um ene eigenartige Reizung der peripheren Nerven durch ein im Blute zirkulierendes toxisches Agens.

Auch das Hautjucken bei der Neurasthenie — welche Krankheit in neuester Zeit ja auch als Symptomenkomplex einer Autointoxikation aufgefasst werde. — müsse in demselben Sinne gedeutet werden.

Daher sei es nicht einleuchtend, warum der Pruritus bei Morb. Based. auf die gleichzeitig bestehende allgemeine Neurose, und nicht direkt auf die toxische Wirkung des Schilddrüsengiftes bezogen werden solle. Ist doch selbst die allgemeine Neurose bei dieser Krankheit nur als Ausdruck einer spezifischen Giftwirkung aufzufassen.

Dr. H. Berg fragt Dr. Bertels, ob der von ihm beobachtete Pruritus nicht möglicher Weise auf die Urticaria, die in beiden Fällen zur Beobachtung gekommen, zu beziehen sei?

Dr. Bertels verneint die Frage, da in seinen Fällen Urticaria nur als Kratzeffekt in Erscheinung trat.

Dr. Stender macht auf das Autothyreoidin aufmerksam, das nach Moebius die Basedowerscheinungen schnell zum Schwinden bringe. Eine eventuelle Beeinflussung des Pruritus würde ja die Frage entscheiden können.

Dr. Schönfeldt äussert sich gegen diesen Vorschlag, da dabei suggestiven Einflüssen zu sehr Spielraum geboten würde.

Dr. Bertels: Wenn Dr. v. Krüdener das Zusammentreffen von Morbus Basedowii mit Pruritus als ein wahrscheinlich zufälliges auffasse, so sei demgegenüber zu erwidern:

Wenn auch geringere Grade von Hautjucken sehr häufig seien, so sei doch ein so intensiver Pruritus wie Redner ihn bei seinen beiden Patientinnen beobachtet habe, entschieden keine alltägliche Erscheinung. Sein Zusammentreffen mit Morb. Basedowii müsse daher von vornherein den Verdacht erwecken, dass er in einer näheren Beziehung zu jener Krankheit stehe.

Dieser Verdacht gewinne an Wahrscheinlichkeit durch das im ersten Fall beobachtete Verschwinden des Pruritus mit der Besserung der Basedowsymptome und ein Wiederauftreten beim Rezidiv.

(Autoreferat).

d. z. Sekretär: S. Kröger jun.

Nachrichten von Kollegen aus dem fernen Osten.

Wir haben mitzuteilen, dass Herr Kollege E. M., zur Zeit in Charbin, sich eine Entgegnung auf die in der vorigen Nummer gebrachten Zuschriften von Prof. Zoege v. Manteuffel vorbehält, dass eine solche aber bei der grossen Entfernung uns nicht bald zugehen kann.

(d. Red.)

Von Dr. F. v. z. Mühlen geht uns nachstehender Brief zu:

«Seit Anfang Oktober befindet sich unser Hospital, das 35. Feldlazarett, in Sanlinzse, einem chinesischen Dorfe, das 15 Werst südlich von Mukden liegt, vor uns zieht sich in 10 Werst Entfernung die Front der ersten Armee hin. Wir gehören zum I. Armeekorps, das im Zentrum steht und dessen Stab zwischen uns und der Front im Dorfe Dadsiapu einquartiert ist, und die Regimenter, denen wir zugeteilt sind, sind die der II. Brigade der 37. Division, das 147. Samarasche und das 148. Kaspische Regiment, die eben die vordersten Positionen einnehmen. Unsere Division hat seit den Tagen am Scha he nicht mehr an Schlachten teilgenommen, da die Hauptereignisse sich eben auf den Flügeln abspielen. Infolge dessen haben wir augenblicklich verhältnissmässig wenig Kranke und Verwundete. — Ueberhaupt ist der Gesundheitszustand der Truppen ein ausgezeichneter. Der beständige Sonnenschein, — geregnet hat es von Anfang Oktober bis jetzt kein einziges Mal —, bringt es mit sich, dass die Soldaten viel an frischer Luft sind und in den Erdhütten ist es infolge dessen trocken und warm. Seit dem 10. Januar ist Schnee gefallen, der allerdings nur bis zu den Knöcheln reicht, und die Nächte sind kälter, 15 bis 17°, den Tag über ist es sehr schön, da die Sonne bereits bedeutend wärmt.

Wir haben diese Zeit hauptsächlich dazu benutzt, die Fansen für unser Hospital, das auf 210 Betten eingerichtet ist, instand zu setzen, was keine leichte Aufgabe ist, wenn man eine Vorstellung von den chinesischen Häusern hat.

Die Wände sind aus einem Gemisch von Lehm und Gaolian aufgeführt und mit einem festen Gaoliandach bedeckt, eine Lage existiert nicht. Meist sind sie nach einem Typus gebaut. Durch die Haustür gelangt man in einen Vorraum, zu dessen beiden Seiten sich die Aufenthaltsräume befinden, die natürlich je nach der Wohlhabenheit des Besitzers grösser oder kleiner sind. Die beiden seitlichen Wände und die der Tür gegenüberliegende werden von sog. Kau's umzogen, einer breiten, 3/4 Arschin hohen Steinbank, die 3—4 Röhrenzüge enthält, welche durch einen kleinen in dem Vorraume befindlichen Ofen geheizt werden. Der Schornstein ist ausserhalb der Fanse angebracht. Diese Bänke, mit einer Strohmatte bedeckt, dienen den anspruchlosen Chinesen als Schlafstellen. Die Röhrenzüge sind nur von einer Ziegel-

Digitized by Google

schicht bedeckt, und schon bei schwachem Heizen entwickelt sich in denselben eine derartige Glut, dass man das Gefühl hat auf einem Herde gebraten zu werden. Die Wände, der Lehmfussboden und die Kan's sind gewöhnlich von einer dicken Schmutzschicht bedeckt. Als wir in Saulinzse ankamen, fanden wir die uns angewiesenen Fansen ausserdem noch bis zum Dach vollgestopft mit allem möglichen alten, stinkenden Plunder, Gaoliau, Tschumisa u. s. w. Aus diesen für Kranke und Verwundete Aufenthaltsräume herzustellen, die einigermassen den Anforderungen der modernen Medizin und Hygiene entsprechen, erfordert natürlich viel Arbeit und Geldaufwand. —

Im ganzen haben wir jetzt 6 Fansen und 2 grosse Zelte zur Aufnahme von Verwundeten fertig. Die Fansen wurden von aussen und nach gründlicher Reinigung auch von innen geweisst und in jeder Abteilung ein grosser Ofen aufgestellt. Wir haben das Glück unter unseren Soldaten ausgezeichnete Handwerker zu haben, Töpfer, Tischler u. a., so dass alles Nötige von unseren Leuten selbst besorgt wird. Das Setzen eines Ofens nimmt 2—3 Tage in Anspruch, Ziegelsteine bekommt man hier, Kalk ist in Mukden zu haben. Die Wände wurden darauf weiss tapeziert, und die Decken aus hübschen Bastmatten gemacht. die an die Dachbalken befestigt sind, so dass sie nicht horizontal, sondern gewölbt sind, was den Raum höher macht und mehr Luft giebt. Die Südseite der Fansen ist bei den Chinesen von enormen Fenstern eingenommen, die mit festem, dickem Oelpapier verklebt sind. Durch diese dringt natürlich wenig Licht ein, es herrscht gewöhnlich ein Halbdunkel und es zieht stark durch die vielen Spalten. Wir haben diese grossen Oeffnungen teilweise vermauern lassen und Glasscheiben eingesetzt, durch die beständig die Sonne hereinscheint und der ganze Raum heil und freundlich aussieht. Das Operationszimmer ist ebenfalls weiss, auch die Decke weiss tapeziert, der Fussboden mit Bastmatten belegt und durch einen Ofen wird derselbe beständig warm erhalten. In demselben befinden sich der Operationstisch, mehrere kleine Tische und ein Schrank mit Glastüren, in welchem die Instrumente aufbewahrt werden. Das Material liegt fertig sterilisiert in Glasgefässen und alle nötigen Flüssigkeiten stehen zum Gebrauch bereit.

Die Betten sind aus Eisen, leicht und bequem, vor unserer Abreise aus Petersburg gekauft und stehen auf den Kan's, die gerade die nötige Breite haben, zwischen denselben stehen Nachttische.

Was die Kost der Kranken anbetrifft, so versuchen wir natürlich so viel als möglich Abwechslung zu schaffen. Lebendes Vieh, meist mongolisches, grosse, kräftige Stiere bekommt man jederzeit in Mukden gekauft und wir haben immer eine gewisse Anzahl in Reserve. Milch in Konserven ist ebenfalls zu haben, ebenso auch Gemüse aller Art und Kartoffeln.

Butter wird in grösseren Quantitäten durch Gelegenheiten aus Charbin bezogen.

Anfang Januar bekamen wir aus Petersburg eine grosse Sendung, an der sich Freunde, Bekannte und Wohltäter beteiligt hatten. Dadurch sind wir in der Lage unsere Kranken und Verwundeten noch besser zu kleiden und zu nähren, sie bekommen verschiedene Arten wohlschmeckender Grützen, Schinken, Käse, Compote, Kaffee, Cacao, Bisquits u. s. w. noch zu ihren gewöhnlichen Mahlzeiten hinzu. Auch an Cognac haben wir einen grossen Vorrat, der als Excitans nicht hoch genug zu schätzen ist.

Von den grossen Zelten sind 2 aufgestellt, jedes enthält 30 Betten. In denselben sind je 2 Steinöfen aufgestellt und eiserne Röhren durchziehen die Zelte. Den Eingang bilden doppelte Türen mit Filz beschlagen. Ausser dem festen, dichten Segeltuch sind die Wände noch mit Bastmatten und dickem Filz behängt und äusserlich ist ein ungefähr fusshoher Erdwall um das Zelt aufgeworfen. Das doppelte Dach ist von allen Seiten vernäht, und zwischen den beiden Segeltuchlagen befindet sich eine ca. 1/4 Arschin breite Luftschicht, die zur Warmhaltung des Raumes wesentlich beiträgt. Die an der schmalen Wand eingenähten Fenster lassen genügend Licht herein, um den Tag über ohne künstliche Beleuchtung auszukommen. Wenn die Oefen beständig geheizt werden und mehr Kranke im Zelt liegen, kann man auch bei kaltem Wetter die Temperatur bis auf 12° bringen.

Die Apotheke, die von einem Provisor verwaltet wird, ist ebenfalls in einer Fanse untergebracht. In ihr befindet sich alles, was zu einer kompletten Einrichtung gehört, ein Recepttisch mit Wage, Medikamente in handlichen Kasten geordnet, ein Destillationsapparat u. s. w.; auch der Formalin-Desinfektionsapparat nach Sarewitsch ist dort abgestellt, und einige Spiritusbrenner nach dem System «Stob», die ein sehr helles Licht geben und für Operationen am Abend oder in der Nacht sehr zweckmässig sind.

Getrennt von einander befinden sich die Köche für das Kommando und für die Kranken, in 2 Fansen, von denen jede von einem besonderen Koch besorgt wird. Für die Kranken wird in Kupferkasserollen gekocht, und Herd und Ofen sind so eingerichtet, dass man auch bessere Speisen zubereiten kann.

Die Oberaufsicht über die Küche führt eine Schwester.

Eine abseits liegende Fansa mit 12 Betten ist für ansteckende Kranke reserviert, doch haben wir schon seit längerer Zeit keine solche mehr gehabt. Die Waschküche befindet sich in einer Fansa, und die Wäsche wird, nachdem sie getrocknet ist, daselbst auch gerollt.

Verschiedene Vertreter unserer medizinischen Obrigkeit und viele Kollegen haben unser Hospital besucht und sich über die Einrichtung desselben sehr anerkennend geäussert.»

Saulinzse den 17. Januar.

Vermischtes.

— Der ordentliche Professor der Physiologie an der militär-medizinischen Akademie und wirkliches Mitglied des Instituts für Experimentalmedizin, wirkl. Staatsrat Dr. I. P. Pawlow, ist zum beratenden Mitglied des Medizinalrats ernannt worden, unter Belassung in den von ihm bisher bekleideten Aemtern.

— Am 1. März n. St. beging der um die Hydrotherapie hochverdiente Professor der Wiener Universität, Hofrat Dr. W. Winternitz, in voller geistiger und körperlicher Frische seinen 70. Geburtstag. — W. ist seit 40 Jahren Dozent für Hydrotherapie und Leiter einer poliklinischen Abteilung am Allgemeinen Krankenhause in Wien. Seine Wasserheilanstalt in Kaltenleutgeben hat er ebenfalls vor 40 Jahren gegründet.

— Am 2. März n. St. feierte der ehemalige Primararzt Dr. Johann Wirtinger in Wien sein goldenes Doktorjubiläum. Der Jubilar ist der Begründer der pathologischen Thermometrie, über welche er i. J. 1865 seine erste grössere Arbeit in der «Wiener med. Wochenschrift» veröffentlichte. Trotz der anfänglich kühlen Aufnahme hat dieser wichtige physikalische Behelf neben der Auskultation und der Perkussion als dritter im Bunde von Wien aus den Siegeszug durch die Welt angetreten.

— Dem berühmten Berliner Kliniker, Prof. Dr. E. v. Leyden, ist von der ältesten deutschen Akademie, der Leopoldo-Carolinischen Akademie der Naturforscher in Halle, die Goldene Cothenius-Medaille verliehen worden.

— Die Leitung der Sanitätsabteilung der Kostromaschen Gouvernements-Landschaft hat Dr. S. Frenkel übernommen, der bisher Chef des Sanitätsbureaus der Wologdaschen Landschaft war.

— Der ältere Ordinator des St. Petersburger Hofhospitals, Staatsrat Dr. W. Ulrich, ist zum Bezirksarzt 6. Klasse bei der St. Petersburger Palaisverwaltung ernannt worden.

— Dr. E. Blumenbach (Riga), der nach einer neuen Besichtigung einberufen worden war, ist nachträglich vom Dienst befreit worden.

— Dr. Arnold Hildebrand jun., der mit der Kurländischen fliegenden Kolonne 6 Monate auf dem Kriegsschauplatze war und im Dezember a. pr. mit seinen Kollegen von dort zurückkehrte, begiebt sich noch in diesem Monat wieder in den Fernen Osten, da er als Arzt am Livländischen Feldlazarett angestellt worden ist. Die chirurgische Abteilung des Diakonissenhauses in Mitau, welche unter seiner Leitung steht, wird, wie von dort gemeldet wird, für die Zeit seiner Abwesenheit voraussichtlich geschlossen werden.

— Der Werrosche Arzt Dr. A. Treu ist als Reserve-Militärarzt einberufen und bereits in den Fernen Osten abgereist, wo er dem Medizinalinspektor von Charbin zur Disposition gestellt worden ist.

— Der zum aktiven Dienst einberufene Revaler Arzt Dr. L. Baron Maydell ist nicht, wie ursprünglich die Order lautete, auf den Kriegsschauplatz abkommandiert, sondern als jüngerer Arzt am Revaler Garnisonslazarett angestellt worden.

— Der ausseretatmässige Assistent des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. Kiparski, ist zum jüngeren Assistenten des klinischen geburtshülflich-gynäkologischen Instituts für Arme ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Aus dem Schwefelbade Baldohn (Kurland) wird der «Rig. Rundsch.» geschrieben, dass durch die Einberufung des ständigen Badearztes Dr. Kleinberg auf den Kriegsschauplatz dieser Badeort nun schon monatelang ohne Arzt ist. Im Winter, wo nun die Ortsbevölkerung seiner bedarf, lässt sich allenfalls noch Rat schaffen durch Konsultation oder Herbeiholung eines Arztes aus der Nachbarschaft (immerhin auf ein paar Meilen), im Sommer jedoch, mit Beginn der Badesaison kann und darf dieser Zustand nicht andauern. Es muss für eine Stellvertretung gesorgt werden und zwar durch einen über balneologische Kenntnisse

Digitized by Google

verfügenden Arzt. Da der Posten des Baldohnschen Badearztes ein staatlicher ist, so wäre es Sache der Gouvernements-Administration für seine stellvertretende Besetzung zu sorgen.

— Zurückberufung des finnländischen Lazaretts. Die Verwaltung des finnländischen Vereins zur Pflege kranker und verwundeter Krieger soll, der «Rev. Ztg.» zufolge, nach St. Petersburg gemeldet haben, dass der genannte Verein in Anbetracht seiner ungenügenden Mittel, zum Teil aber auch infolge der dem Leutenant Schaumann in seiner Eigenschaft als Intendant des finnländischen Lazaretts von der Gendarmerie auf dem Kriegsschauplatze bereiteten Schwierigkeiten, sich veranlasst sehe, nach Ablauf der kontraktlichen Zeit (am 20. Mai) das finnländische Lazarett zurückzuberufen.

— Verstorben: 1) Am 18. Februar in Eriwan der dortige Gouvernementsarzt, Staatsrat Dr. Grigori Urasow, im 48. Lebensjahre. Er ist am Abend auf offener Strasse ermordet worden, die Täter sind entkommen. Der Hingeschiedene, welcher auch Arzt am örtlichen Gymnasium, hat seit 1882 die ärztliche Praxis ausgeübt. 2) In Okulowka (Eisenbahnstation an der Nikolaibahn) der Bezirksarzt des St. Petersburger Findelhauses für den dortigen Bezirk, Dr. Johann Radsimowski, im Alter von 57 Jahren nach fast 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) In Samarkand am 27. Januar der jüngere Ordinator des örtlichen Militärhospitals, Dr. Alexei Beresin, 28 Jahre alt, der mit Gift sich das Leben genommen hat. Seine ärztliche Tätigkeit begann er erst vor drei Jahren. Wie dem «R. Wratsch» geschrieben wird, war der Verstorbene in der Stadt als tüchtiger, pflichtgetreuer Arzt und guter, gefälliger Mensch bekannt; das traurige Ende des jungen Kollegen schreibt man den Verfolgungen und kleinlichen Chikanen des Oberarztes des Hospitals zu, von dessen Willkühr der Verstorbene nicht das einzige Opfer sein soll. 4) Auf einer Forschungsreise in Trinidad der berühmte Berliner Ethnologe, Prof. Dr. Adolph Bastian, im 79. Lebensjahre. Von Hause aus Mediziner, zog er i. J. 1851 als Schiffsarzt zum ersten Mal in die Welt hinaus, und zwar nach Australien. Später bereiste er fast alle Länder des bekannten Erdkreises und liess sich dann 1868 in Berlin nieder, wo er als Professor der Ethnographie das grosse Museum für Völkerkunde einrichtete und leitete. 5) In Potsdam der Chefarzt des dortigen St. Joseph - Krankenhauses, Prof. Dr. Julius Alberti, an Gehirnapoplexie im Alter von 56 Jahren. Der Hingeschiedene, ein aus der Schule Bardelebens hervorgegangener Operateur, genoss einen weit über die Mauern seiner Vaterstadt hinausreichenden Ruf als Chirurg und Frauenarzt.

— Dr. Michael Poletika, dessen Tod wir in der vorigen Nr. meldeten, hat in der letzten Zeit, wie wir aus der von Prof. Zoege v. Manteuffel uns gütigst zugesendeten Liste der Heilanstalten des Roten Kreuzes im Rayon der aktiven Armee ersehen, als Oberarzt des II. St. Georgshospitals auf den Namen der Prinzessin Eugenie Maximilianowna von Oldenburg in Neu-Charbin fungiert, wo er auch gestorben ist.

— Wie aus Madrid gemeldet wird, soll auf Anregung der dortigen Laryngologischen Gesellschaft dem Erfinder des Kehlkopfspiegels Manuel Garcia zu seinem 100. Geburtstage das Grosskreuz des Alfons-Ordens verliehen werden. Eine besondere Deputation wird nach London gehen, um dem Jubilar die Ordensinsignien und sein in Oel gemaltes Bildniss zu überreichen.

— Der Medizinalrat hat, wie die «Birsh. Wed.» erfahren haben wollen, beschlossen, für den Fall, dass ein Mangel an Aerzten für die Armee oder zur Bekämpfung von Epidemien eintreten sollte, ausländische Aerzte heranzuziehen.

— Infolge mehrfacher Anfragen von Aerzten bezüglich der Bedingungen, welche für die Abkommandierung der Aerzte zur Bekämpfung der Cholera festgesetzt sind, hält die Verwaltung des Obermedizinalinspektors es für ihre Pflicht, nachstehendes mitzuteilen: Die zu obenerwähnten Abkommandierungen bereiten Aerzte werden ersucht, ihre diesbezüglichen Gesuche bei der Verwaltung des Obermedizinalinspektors einzureichen, unter gleichzeitiger Angabe des Ortes und der Art ihres Dienstes, ihres Wehrpflichtverhältnisses, des Jahres der Absolvierung der Universität und ihrer genauen Adresse. Für die Remuneration der Aerzte bei den Abkommandierungen sind folgende Sätze festgesetzt: An Ausrüstungsgeldern erhalten (nach den gesetzlichen Abzügen) die Aerzte im Range eines Staatsrates — 540 Rbl., solche im Stabsoffiziersrange (vom Kollegienassessor bis zum Staatsrat) und die Doktoren der Medizin ohne Rang — 405 Rbl. und solche im Oberoffiziersrange (bis zum Kollegienassessor) sowie ohne Rang — 270 Rbl. — Die Fahrgelder zu $2^1/_2$ Kopeken pro Werst und Pferd gerechnet, werden für Aerzte im Staatsratsrange — für 6 Pferde, im Stabsoffiziersrange — für 3 Pferde und im Oberoffiziersrange und ohne Rang — für 2 Pferde gerechnet. — Die Diätengelder betragen für alle Aerzte, ohne Unterschied des Ranges und des gelehrten Grades, — 10 Rbl. täglich. — Auf Grund des Allerhöchsten Befehls vom 23. Oktober 1902 wird die in der Abkommandierung verbrachte Zeit sowohl bei der Rangbeförderung als auch bei der Pensionsbestimmung in Anrechnung gebracht.

— Vakanz. Für die Maschinenfabrik in Kolomna (Gouv. Moskau) wird ein unverheirateter Arzt gesucht auf die Dauer von mindestens 6 Monaten. Geh. 150 Rbl. monatlich, bei freier Wohnung. Offerten zu richten an Dr. A. Knüpffer in Kolomna.

— Die Verwaltung der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow hat vor Kurzem beschlossen, im Hinblick auf die i. J. 1905 zu erwartende Zunahme der Choleraerkrankungen im Reich, einen allrussischen Aerztekongress für die Zeit vom 21.—24. März c. nach Moskau einzuberufen, um einen einheitlichen Plan zur Bekämpfung der Cholera auszuarbeiten. Näheres über den Kongress, das Programm desselben etc. behalten wir uns für die nächste Nummer vor.

— Der 22. Kongress für innere Medizin findet vom 12.—15. April 1905 zu Wiesbaden statt unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrat Erb (Heidelberg). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: Ueber Vererbung. 1. Referat: Ueber den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie: Herr H. E. Ziegler (Jena). 2. Referat: Ueber die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose: Herr Martius (Rostock). Vorträge haben angemeldet: Herr A. Hoffmann (Düsseldorf): Ueber Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen; Herr Paul Krause (Breslau): Ueber Röntgenstrahlenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie; Herr Schütz (Wiesbaden): Untersuchungen über die Schleimsekretion des Darmes; Herr M. Matthes (Jena): Ueber Autolyse; Herr Clemm (Darmstadt): Ueber die Bedeutung der Heftpflasterstützverbände für die Behandlung der Bauchorgane; Herr Siegfried Kaminer und Herr Ernst Meyer (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des Applikationsortes für die Reaktionshöhe bei diagnostischen Tuberkulininjektionen; Herr A. Bickel (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss von Kochsalzthermen auf die Magensaftsekretion; Herr August Laqueur (Berlin): Mitteilungen zur Behandlung von Herzkrankheiten mit Wechselstrombädern; Herr Aufrecht (Magdeburg): Erfolgreiche Anwendung des Tuberkulins bei sonst fast aussichtslos kranken fiebernden Phthisikern; Herr Homberger (Frankfurt a. M.): Die Mechanik des Kreislaufes; Herr Rumpf (Bonn): Ueber chemische Befunde im Blute und in den Organen bei Nephritis; Herr L. Gürisch (Parchwitz): Die tonsillare Radikaltherapie des Gelenkrheumatismus (mit Demonstrationen); Herr Rothschild (Soden a. T.): Der angeborene Thorax paralyticus; Herr O. Hezel (Wiesbaden): 1) Beitrag zu den Frühsymptomen der Tabes dorsalis; 2) Ueber eine gelungene Nervenpfropfung, ausgeführt zur Heilung einer alten stationär gebliebenen Lähmung einiger Muskeln aus dem Gebiete des N. peroneus; Herr Bernh. Fischer (Bonn): Ueber Arterienerkrankungen nach Adrenalininjektionen; Herr Gerhardt (Erlangen): Beitrag zur Lehre von der Mechanik der Klappenfehler; Herr Lüthje (Tübingen): Beitrag zum experimentellen Diabetes; Herr Kohnstamm (Königstein i. T.): Die centrifugale Strömung im sensiblen Nerven; Herr Goldmann (Brennburg-Sopron): Neuere Beiträge zur Eisentherapie bei Chlorose und Anämie, Herr Friedel Pick (Prag): Ueber Influenza; Herr Turban (Davos): Demonstration und Erläuterung mikroskopischer Präparate: 1) Tuberkelbazillen: Kern- und Membranbildung; 2) Elastische Fasern: Fettorganisation und Doppelfärbung; 3) Geheilte Caverne; 4) Tuberkulose und Karzinom.

Mit dem Kongress ist die übliche Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Präparaten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden.

Anmeldungen von Vorträgen und für die Ausstelung sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13.

— Epidemiologisches. Vom 12.—19. Februar sind weder im Dongebiet, noch an anderen Orten des Russ. Reiches Choleraerkrankungen vorgekommen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Febr. d. J. 10277 (30 mehr als in d. Vorw.), darunter 1149 Typhus — (102 mehr), 924 Syphilis — (43 wen.), 282 Scharlach — (7 wen.), 105 Diphtherie — (5 wen.), 62 Masern — (4 mehr) und 17 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.).

Digitized by Google

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 5. bis zum 12. Februar 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
507	372	879	180	111	145	10	12	45	71	68	60	58	61	41	16	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 52, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 6, Masern 16, Scharlach 13, Diphtherie 18, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 5, Grippe 11, Katarrhalische Lungenentzündung 142, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 16, Tuberkulose der Lungen 95, Tuberkulose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 37, Krankheiten des Verdauungskanals 99, Totgeborene 51.

◆ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 8. März 1905.**

Tagesordnung: Küttner: Beitrag zur Pubotomiefrage (mit Krankenvorstellung).
Masing: Ueber eine seltne Sprachstörung (Krankengeschichte und Praeparat.)

◆ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 14. März 1905.**

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Rationelle Heilung durch Phosphor

RHOMNOL

(jede Pille enthält 0,05 Gr.).

dessen Hauptbestandtheil reine Nucleinsäure ist, von Dr. Leprince hergestellt.

$C^{40}, H^{54}, Az^{14}, O^{27}, P^{4}$.

Erprobt: bei Phosphaturie, Neurasthenie, Rachitis, Blutarmut und Alterschwäche.

Gebrauchsanweisung: 4—10 Pillen während der Mahlzeit.

Dr. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.

Erhältlich in allen besseren Apotheken. (33) 12—1.

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.
Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, mediko-mechanisches Institut, Inhalatorium.
Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.
Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.
Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:

Zeitschrift für Krebsforschung.

Herausgegeben vom Komitee für Krebsforschung zu Berlin, redigiert von Prof. Dr. D. v. Hansemann und Prof. Dr. George Meyer.
III. Band. 1. Heft.
1905. gr. 8. Mit 3 Tafeln u. Textfig. 7 M.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).**

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. Koeniger.

Wasserheilanstalt

Traunstein-Oberbayern

Sanatorium für Nervenkranke

Das ganze Jahr geöffnet. Leiter und Besitzer Dr. med. G. Wolf.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.
Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.
Lydia Duvan, Вас. Остр., 1 лин., д. 20 кв. 17.

Digitized by Google

Originalprodukte „Heyden"

von uns in die Medizin eingeführt:

Salicylsäure, salicylsaures Natrium, salicylsaures Wismut, Salol, Creosotal, Duotal, Xeroform, Orphol, Solveol, Itrol, Collargol, Acoin etc.

Neu: Salocreol und Salit, zur äusserlichen Behandlung rheumatischer und neuralgischer Erkrankungen. **Salit** ausserordentlich billig; **Salocreol** noch von spezieller Wirkung bei Erysipelas faciei. Lymphadenitiden und skrofulösen Drüsenanschwellungen.

Neu: Calodal, leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur subkutanen, ganz besonders aber auch zur rektalen Ernährung und zur Darreichung per os als Kraftnährmittel.

Wir fabrizieren in bester Qualität *Acetylsalicylsäure,* in Substanz und als leicht zerfallende Tabletten, **Guajacol,** cryst. und liquid., **Benzonaphtol, Phenacetin, Lactophenin, Hexamethylentetramin, Diacetylmorphinum hydrochlor.** etc.

Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (21) 10—3.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Dr. med. Lots Kuranstalt Friedrichroda i. Thür.

f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A.

Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.

Prachtvolle, sonnige Lage. Ausführliche illustrierte Prospekte.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(3) 17—16.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

EISENACH.

KURANSTALT HAINSTEIN

NAHE DER WARTBURG

DAS GANZE JAHR GEÖFFNET

LEITENDER ARZT DR. HESS.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*

Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*

Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*

Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*

Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (1) 26—24.

CURORT HAPSAL.

Am baltischen Strande in Estland.

Saison vom 20. Mai bis zum 1. September.

Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Eisen- und Dampfwannen. Nauheimer kohlensaure Bäder. Die wärmsten Seebäder am baltischen Strande, mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Massage-, Elektricität- und Mineralwasser-Curen. Privatklinik des Dr. von Krusenstiern mit gut eingerichteten Honoratioren-Zimmern. Gesundes Klima, reinste, stärkende Seeluft, Tannenwaldungen und ausgedehnte Seepromenaden, deshalb speciell indicirt bei Schwächezuständen des Kindesalters jeglicher Art. Jährlich über 3000 Curgäste, die an den verschiedenen Arten von Rheumatismus, Gicht, chronischen Affectionen der weibl. Sexualorgane, Scrophulose etc. litten. Musik, Theater, Concerte. Tanzabende, Spielplätze für Lawn-Tennis, Bodjo etc. Geschützte Meeresbucht zu Bootfahrten mit Segel-, Ruder- und Paddelböten. Direkte Eisenbahn- u. Dampfer-Verbindung. Broschüre u. Auskünfte über Wohnung durch die

Bade-Commission.

(36) 5—1.

Дозв. ценз. Спб., 25 Февраля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

UNIV. OF MICH.
APR 13 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

Infolge Erhöhung der Preise für Druckarbeiten sind wir genötigt die Insertionspreise vom 1. April 1905 an zu erhöhen und zwar von 16 auf 20 Kop. (von 35 auf 45 Pf.) pro Zeile der 3 mal gespaltenen Seite.

№ 9 St. Petersburg, den 5. (18.) März. 1905.

Inhalt: Dr. Oswald Moritz: Zur Kenntnis der Eiweisskörper im nephritischen Urin. — Referate: J. A. Killian: Ueber subjektive Kakosmie. — Bücheranzeigen und Besprechungen: F. v. Winckel: Handbuch der Geburtshülfe. — Rudolf Krehl: Pathologische Physiologie. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Nachrichten von Kollegen aus dem fernen Osten. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

(Aus dem Deutschen Alexander-Hospital.)

Zur Kenntnis der Eiweisskörper im nephritischen Urin.

(Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 22. Februar 1905).

Von
Dr. Oswald Moritz.

I.

Es kann vorkommen, dass der Zusatz des Esbach'schen Reagens eine starke Trübung des Urins bewirkt, ohne dass die Eiweisskörper völlig ausgefällt werden, und durch diese Methode quantitativ bestimmbar werden. Dabei zeigen andere Reaktionen, dass es sich tatsächlich um das Vorkommen echten Eiweisses handelt. Die Beobachtung, dass gewisse Krankheitprozesse häufiger als andere die erwähnte Reaktion geben, hat mich zu folgender Fragestellung geführt:

1) Kommt die betreff. Reaktion nur bei bestimmten Krankheitsprozessen vor und ist sie speziell bei der akuten oder chronischen Nephritis häufig?

2) Falls eine Gesetzmässigkeit in dem Vorkommen dieser Reaktion zu konstatieren ist, welcher pathologisch-anatomische Nierenprozess entspricht ihr?

3) Durch welche besonderen Eiweisskörper wird die betreff. Reaktion bedingt, oder welche Faktoren verhindern das Ausfallen des Eiweisses in den betr. Fällen?

1) Gemeinsam allen Urinen, die mit dem Esbach'schen Reagens in der üblichen Weise versetzt eine Trübung, aber keinen Niederschlag geben, ist meist eine dunkele bräunlich-grüne Farbe, die vom reichlichen Urobilingehalt herrührt. Bei einiger Erfahrung kann man aus dem eigenartigen Farbenton der Mischung solcher Urine mit dem Esbach'schen Reagens im voraus angeben, dass ein Niederschlag der Eiweisskörper ausbleiben wird.

Im folgenden gebe ich einige Daten über das von mir beobachtete Vorkommen der betreff. Reaktion:

Das Ausbleiben des Niederschlages im Esbach habe ich notiert bei:

lobärer Pneumonie (meist krupös) . .	42×
lobulärer Pneumonie	2×
Typhus abdominalis.	12×

Vereinzelt 1× bei: Malaria, Sepsis, Erysipel, Herzfehler mit Lungeninfarkt, Morbus Weilii und Purpura hämorrhagica.

Die Reaktion trat bei der krupösen Pneumonie zwischen dem 3. und 9. Tage der Erkrankung auf. Der Eiweissgehalt (durch Wägung bestimmt) betrug im Minimum Spuren, im Maximum 0,29 pCt.

Allen diesen Erkrankungen gemeinsam ist, dass es sich um infektiöse Prozesse handelt, die stets fieberhaft verlaufen. Das Fieber braucht jedoch nicht hoch zu sein — so fand ich z. B. in einem Fall nur 37,3°.

Kritisirte die Pneumonie oder besserte sich der Typhus, so war das Eiweiss und mit ihm die betr. Reaktion verschwunden. Eine fieberlose echte Nephritis (der Morbus Brightii sensu strictiori) zeigte nie diese Reaktion, wohl aber trat letztere zuweilen auf, wenn der Nephritiker infektiös erkrankte: z. B. M. Schrumpfniere: Albumen mit Esbach c. 2 pCt., acquirirt ein Erysipel; während des Fiebers geben alle Eiweissreaktionen ein positives Resultat, aber im Esbach kein Niederschlag (durch Wägung werden quantitativ 2‰ Alb. nachgewiesen). Das Erysipel schwindet, die Temperatur wird normal und im Esbach tritt der Niederschlag wieder auf. Umgekehrt kann zuweilen die betr. Reaktion eine Zeitlang vorhanden sein und später einer echten Nephritis Platz machen, z. B. N. Aneurysma

Digitized by Google

Aortae, Bronchopneumonia purulenta, 26/10 : Urin: Alb. 0; 21/11 Eiw. + Esbach trüb, kein Niederschlag 1/12 Esbach 8‰ Alb., obere Flüssigkeitsschicht klar. Exitus 9/I Obdukt. Hochgradige Nephritis parenchymatosa.

Es erweist sich somit, dass die betr. Reaktion in den meisten Fällen ein Charakteristikum einer febrilen Albuminurie ist, und wir aus derselben schliessen können, dass Pat. infektiös erkrankt ist.

2) Handelt es sich nun in diesen Fällen um eine Nephritis? Darauf ist folgendes zu sagen: in allen Fällen, bei denen die erwähnte Reaktion vorhanden war, liessen sich Cylinder, hyaline stets, oft epitheliale und mit Leukocyten besetzte, daneben freie Epithelien und Leukocyten, nachweisen. Wir haben also klinisch die Zeichen einer Nephritis. Erholte sich der Pat. von seiner Infektionskrankheit, so schwanden mit dem Eiweiss auch die Nierenformelemente. Kam der Patient jedoch im fieberhaften Stadium zum Exitus, so war folg. Nierenveränderung vorhanden: Die Nieren waren vergrössert, die Kapsel meist leicht löslich, die Rinde meist etwas verbreitert, die Zeichnung leicht trüb. Man muss den Prozess somit als parenchymatöse Nephritis bezeichnen. Zuweilen ergab sich sogar eine hochgradige Nephritis.

Als Beispiel führe ich einige kurze Sektionsresultate an:

a) N. Morbus Weilii. — Nieren vergrössert (r. 227, l. 332 gramm) Kapsel leicht löslich, Oberfläche glatt, Gewebe sehr blutreich, trübe, ikterisch verfärbt. Rinde verbreitert. b) B. Pneumonia cruposa. Nieren leicht vergrössert, Kapsel leicht löslich, Gewebe graurot, Rinde etwas verbreitert auf dem Schnitt gekörnt. c) T. Pneum. crup. Nieren gross, Kapsel etwas adhärent, Oberfläche glatt, Gewebe hellgraurot, Rinde leicht verbreitert. d) D. Sepsis. Nieren vergrössert (290 und 235 gramm) Gewebe gelblichrot, Rinde stark verbreitert, fettig glänzend, Kapsel leicht löslich.

Mikroskopisch handelte es sich um eine parenchymatöse Nephritis, wie es scheint, anscheinend mehr im Bereich der Harnkanälchen, weniger in dem der Glomeruli. Nebenbei war zuweilen beträchtliche Verfettung des Epithels zu konstatieren. Man kann wohl mit Sicherheit sagen, dass wir es hier mit dem Prozess zu tun haben, der bei Senator klinisch als febrile Albuminurie, pathologisch-anatomisch als reine parenchymatöse Nephritis (im Gegensatz zu der diffusen akuten Nephritis) abgehandelt wird.

Kossler[1]) hat eine Anzahl offenbar zum Teil hierher gehöriger Fälle sowohl klinisch als post mortem untersucht und kommt zu dem Resultat, dass es sich um Nucleoalbuminurie mit Ausscheidung von Cylindern unter dem Einfluss der Infektionskrankheit handelt und dass anatomisch dabei Degenerationsprozesse des Parenchyms vorliegen.

Pichler und Vogt[2]) haben bei experimenteller Nucleoalbuminurie an Tieren Fettanhäufung in den Zellen und Alteration der Nierenepithelien nachweisen können.

Wenn nun die Fälle, die diese Eiweissreaktion zeigen, in das Gebiet der ja schon lange bekannten febrilen Albuminurie gehören, so muss ich doch betonen, dass ich umgekehrt durchaus nicht behaupten kann, dass alle febrilen Albuminurien diese Reaktion geben. Festzuhalten ist, dass wir es mit einer parenchymatösen Nephritis zu tun haben, welche jedoch eine unbedingt gute Prognose giebt, d. h. mit anderen Worten: wenn der Pat. nicht an seiner Infektionskrankheit zu Grunde geht, so erholen sich seine Nieren in kürzester Frist. Der Wert der Reaktion liegt darin, dass wir aus ihr mit Sicherheit eine gute Prognose der Nierenaffektion stellen

[1]) Kossler: Berlin. kl. Woch. 1895, Nr. 14 und 15.
[2]) Pichler u. Vogt: Zentralbl. f. inn. Med. 1894, Nr. 17.

können, was wir aus anderen Reaktionen bisher nicht zu tun imstande waren. Denn abgesehn davon, dass der Harn alle Zeichen der akuten Nephritis aufweist, kann auch die Eiweissmenge eine ganz beträchtliche sein. (Durch Wägung 0,2 pCt. Alb. und mehr).

Für die krupöse Pneumonie haben wir auf der Höhe des Fiebers ausserdem in dem Vorhandensein dieser Reaktion bei Verminderung der Chloride, oft geradezu ein differentialdiagnostisches Merkmal.

3) Wodurch wird nun die Verhinderung des Eiweissausfalles bedingt? Handelt es sich um besondere Eiweisskörper? Oder haben wir es mit den üblichen, im Urin vorkommenden Eiweissstoffen zu tun, die durch besondere Verhältnisse in Suspension gehalten werden?

In den gebräuchlichen Lehrbüchern findet man keine genügende Erklärung. Es findet sich die Angabe, dass die umgebende Temperatur, der Salzgehalt (speziell Chloride), bei ungenügender Ausfällung eine Rolle spielen können. Um diese Momente auszuschliessen, habe ich 1) das Esbachröhrchen sowohl in Eis, als bei Zimmertemperatur und am heissen Ofen aufgestellt, ohne dass eine Aenderung bemerkbar war; 2) dem Urin, falls er salzarm war, ClNa oder Kalksalze in verschiedenem Verhältniss zugesetzt, ohne dass eine Fällung erreicht worden wäre. (Der Zusatz von Ammonsulfat zur besseren Fällung ist meiner Ansicht nach nicht zulässig, weil eine konzentrierte Lösung dieses Salzes schon an sich mit dem Esbach'schen Reagens einen kristallinischen Niederschlag bildet). Andererseits muss betont werden, dass stark verdünnter «nephritischer» Urin trotz minimalem Salzgehalt stets einen guten Niederschlag mit dem Esbach'schen Reagens zu geben pflegt.

Somit kann man wohl den Einfluss der Temperatur und des Salzgehalts des Urins in diesen Fällen nicht für entscheidend ansehn.

Es liegt nun nah, die betr. Variation der Esbach'schen Reaktion ohne weiteres auf Rechnung des, wie wir wissen, bei febriler Albuminurie meist reichlich vorhandenen Nucleoalbumins zu setzen (cf. Senator und Kossler loc. cit.) In einer Anmerkung seiner Arbeit «über die Genese der Eiweisskörper bei der Albuminurie» (Arch. f. exp. Path. und Pharm. B. 42, S. 465) erklärt Prof. Cloetta die betr. Reaktion direkt durch den Gehalt an Nucleoalbumin, ohne indessen näher auf die Frage einzugehn.

Herr Prof. Blumenthal-Berlin sprach sich auf eine Anfrage meinerseits dahin aus, dass es sich vermutlich um Nucleoproteide handle. Herr Prof. Cloetta bestätigte mir; dass die betr. Esbach'sche Reaktion meist im Fieber vorhanden sei[3]).

Gemeinsam allen Urinen, die die betr. Reaktion — Ausbleiben der Eiweissfällung bei Zusatz des Esbach'schen Reagens — zeigten, waren folg. Eigenschaften: sie waren in frischem Zustande stets sauer, enthielten meist wenig Chloride, stets Urobilin (meist sehr reichlich), zuweilen Gallenfarbstoff. Das spez. Gew. war 1010 bis 1026.

Von Eiweisskörpern enthielten sie folgende:

1) Nucleoalbumin — reichlich.

Nachgewiesen durch Zusatz von 25 prozentiger Essigsäure, wodurch ein Niederschlag erzeugt wurde, der im Säureüberschuss zum grössten Teil unlöslich war. Durch Kochen mit Säuren keine Reduktionsproben, daher kein Mucin. Ammonsulfat bis zu 22 pCt. zugesetzt, ergab eine Trübung. (cf. Matsumoto[4]).

[3]) Beiden Herren danke ich hiermit bestens für ihre liebenswürdige briefliche Auskunft.
[4]) Cf. die Arbeiten von Csàtary, Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. 47, S. 159.
Calvo: Zeitschr. f. klin. Med. 51, S. 502.
Matsumoto: Deutsch. Arch. f. klin. Med. 75, S. 398.
Oswald: Münch. med. Woch. 1904, Nr. 34.

Digitized by Google

2) Fibro- und Englobulin.

Nach Ausfällung des Nucleoalbumin ergiebt Ammonsulfat im Verhältnis von 22—33 pCt. eine Trübung.

3) Pseudoglobulin.

Ausfällung mit Ammonsulfat zwischen 34 und 46 pCt.

4) Serumalbumin.

Ausfällung mit Ammonsulfat über 46 pCt.

Die Ausfällungsgrenzen sind in meinen Versuchen nicht ganz exakt bestimmbar gewesen, da ich nicht die reine, isolierte Eiweisssubstanz, sondern den Urin selbst untersuchte, wobei die übrigen Harnbestandteile (z. B. Urate) oft störend wirkten. Für meinen Zweck kam es aber nicht auf die quantitative Bestimmung der betr. Körper an, sondern nur auf den Nachweis, dass die obenerwähnten Eiweissstoffe vorhanden waren. Calvo's Einwände gegen die Methode sind, streng chemisch, gewiss richtig. Auch Oswald's Methode der klinischen Bestimmung der verschiedenen Eiweissfraktionen beruht auf derselben Anwendungsweise und man kann durch diese fraktionierte Eiweissfällung jedenfalls feststellen, dass bei dem reinen «Morbus Brightii», der nicht durch Fieber oder starke Kompensationsstörung kompliziert ist, die Trübung des Urins erst bei viel höherem Prozentgehalt an Ammonsulfat eintritt, als bei febriler Albuminurie. Als Beispiel gebe ich hier die Tabellen eines Falles von reiner chronischer parenchymatöser Nephritis und eines Falles von Albuminurie bei Pneumonia crup.

Tabelle A.

H. Pneum. crup.					W. Nephr. parench.				
Urin	Wasser	Ammonsulfat	Nach 20 Stunden.	das Filtrat mit Sulfosalicylsäure versetzt.	Urin	Wasser	Ammonsulfat	Nach 20 Stunden.	Filtr. + Ac. sulfosalic.
2 ccm.	7,8	0,2	klar	—	2	7,8	0,2	klar	—
2 »	7,6	0,4	trüb	trüb	2	7,6	0,4	»	—
2 »	7,4	0,6	»	»	2	7,4	0,6	»	—
2 »	7,2	0,8	»	»	2	7,2	0,8	»	—
2 »	7,0	1,0	»	»	2	7,0	1,0	»	—
2 »	6,5	1,5	»	»	2	6,5	1,5	Spur?	trüb
2 »	6,0	2,0	»	»	2	6,0	2,0	trüb	»
2 »	5,5	2,5	»	»	2	5,5	2,5	»	»
2 »	5,0	3,0	Niederschlag	»	2	4,5	3,5	Niederschlag	Spur
2 »	4,5	3,5	»	Spur trüb	2	4,0	4,0	»	klar
2 »	4,0	4,0	»	»	2	3,5	4,5	»	»
2 »	3,5	4,5	»	klar	2	3,0	5,0	»	»
2 »	3,0	5,0	»	»					

Ich habe das Ammonsulfat in Substanz zugesetzt, da bei der konzentrierten Lösung desselben die Sättigung, je nach der Temperatur eine sehr verschiedene ist. Die Röhrchen wurden nach 20 Stunden kontrolliert. Mir kommt es bei obigen Tabellen wesentlich darauf an, zu zeigen, wie bei dem ersten Fall die Trübung bei Zusatz von 4 pCt. krist. Ammonsulfat eintritt, beim 2. erst bei 20 pCt. Dieses Ergebnis wiederholte sich bei allen in dieser Richtung von mir untersuchten Fällen von Nephritis resp. febriler Albuminurie.

Ausser den erwähnten Eiweissstoffen waren in den betr. Urinen:

5) Albumosen stets sehr reichlich enthalten.

Nach Ausfällung des Eiweisses wird das klare Filtrat durch Sulfosalicylsäure in der Kälte getrübt und die Trübung schwindet beim Erwärmen.

Ueber die Albumosen beim Fieber cf. Krehl u. Matthes, Schultess, Blumenthal[5]). Durch die Dialyse habe ich nur einen kleinen Teil dieser Albumosen entfernen können, wodurch die Esbach'sche Reaktion nicht beeinflusst wurde.

Die Gesamteiweissmenge betrug im Maximum 2,9°/₀₀.

Der Eiweissquotient — Serumalbumin dividiert durch Globulin (incl. Nucleoalbumin) wurde selten bestimmt, da die Filtration des mit Ammonsulfat halbgesättigten Urins in diesen Fällen oft sehr schwierig ist. Der Quotient betrug im Maximum 1,89 — war jedoch meist unter 1,0.

Anscheinend lässt sich oft die Hauptmenge des Eiweisses durch Essigsäure fällen, da mehrfach nach Filtrierung des Essigsäureniederschlags im Filtrat nur eine mässige Trübung durch Eiweissreagentien erzielt werden konnte.

Da aus diesen Untersuchungen hervorging, dass abnorm viel mit Essigsäure fällbare Eiweisskörper vorhanden waren, musste ich untersuchen, ob Nucleoproteide an sich die besprochene Reaktion, d. h. Trübung mit dem Esbach'schen Reagens (aber keine Fällung) geben. Zu dem Zweck untersuchte ich:

1) Nucleohiston. Gewonnen aus der Thymusdrüse des Kalbes durch Auswaschen mit alkalischem Wasser, Fällen mit Essigsäure, mehrfaches Auswaschen und wieder Fällen (Salkowsky[6]) Der gewonnene Eiweisskörper gab mit dem Esbach'schen Reagens einen guten Niederschlag.

2) Nucleoalbumin, in ähnlicher Weise wie oben, aus frischen Schweinsnieren gewonnen (cf. Matsumoto loc. cit.). Mit Esbach ein Niederschlag.

3) Den durch Essigsäurezusatz aus den erwähnten Urinen gefällten Niederschlag sammelte ich auf dem Filter, löste ihn in alkal. H_2O, säuerte an und setzte das Esbach'sche Reagens zu. Jetzt erhielt ich einen vollständigen Niederschlag. Dieser Versuch wurde an verschiedenen Urinen mit demselben Resultat wiederholt.

Dadurch wurde erwiesen, dass das Nucleoalbumin an sich wohl nicht die Ursache der betr. Reaktion ist. Meine Vermutung, dass ich nach Ausfällen des Nucleoalbumin eventuell im Filtrat die fällungswidrige Substanz durch die Esbach'sche Reaktion jetzt würde nachweisen können, war irrig. Nach Abfiltration des Nucleoalbumins ergab sich in dem Filtrat bei Vorhandensein verschiedener Eiweissreaktionen jetzt gleichfalls durch den Esbach ein geringer Niederschlag.

Die einzelnen Eiweissfraktionen untersuchte ich noch in folg. Weise: durch Halbsättigung mit Ammonsulfat wurde zunächst das Serumalbumin ausgeschieden, welches ja mit dem Esbach stets einen guten Niederschlag giebt. Der auf dem Filter gesammelte Niederschlag wurde durch Auswaschen vom Ammonsulfat befreit, in alkalischem Wasser gelöst und nun Essigsäure zugesetzt, wodurch ein dicker Niederschlag entstand. Derselbe wurde wieder gelöst, angesäuert und gab jetzt mit dem Esbach nicht nur eine Trübung, sondern gleichfalls eine Fällung.

Aus Obigem scheint mir hervorzugehn, dass keiner der genannten Eiweissstoffe an sich die Ursache der betreff. Reaktion ist. Möglich ist es, dass es sich um einen höchst labilen Eiweisskörper handelt, der durch die Essigsäure in seinen Eigenschaften sofort verändert wird.

Wahrscheinlicher scheint mir jedoch die Deutung, dass die in diesen Fällen stets reichlich vorhandnen Albumosen hier die Hauptrolle spielen.

[5]) Schultess: D. Arch. f. klin. Med. 58. Krehl und Matthes: D. Arch. f. klin. Med. 54, S. 501. Blumenthal: Pathologie des Harnes. 1904.

[6]) Salkowsky: Virch. Archiv Bd. 131, S. 318.

Digitized by Google

Bestärkt wird man in dieser Vermutung durch die Beobachtung, dass in dem nach einem Probefrühstück gewonnenen salzsäurehaltigen Magensaft, der bekanntlich ein Gemisch von (hauptsächlich) Albumosen ist, die betr. Reaktion mit dem Esbach'schen Reagens exquisit vorhanden zu sein pflegt. Nur bei Abwesenheit von freier HCl schien die Reaktion zu fehlen.

Die Somatose, gleichfalls ein Albumosengemisch, zeigt mit dem Esbach'schen Reagens auch eine unvollständige Fällung, wenn sich auch die oberste Schicht des Röhrchens meist zu klären pflegte.

Dadurch ist nun freilich noch nicht der Albumosenursprung unsrer Reaktion für die febrile Albuminurie bewiesen. Denn einerseits sind oft genug Albumosen im Urin vorhanden, wobei sämtliche Eiweissreaktionen fehlen (cf. Krehl und Matthes). Andrerseits sind bei der echten Nephritis neben dem Eiweiss auch Albumosen vorhanden und trotzdem tritt mit dem Esbach eine Fällung ein. Es handelt sich also wohl um spezifische Albumosen. Dass der Urin speziell bei der krupösen Pneumonie gerinnungshemmende Albumosen neben Nucleoalbumin enthält, haben Lochbihler[7]) und Kun schon vor 2 Jahren gezeigt. Kürzlich haben Necker und Scheuer dieses bestätigt. Letztere Arbeit ist leider noch nicht in extenso veröffentlicht. Einen klaren Einblick in die hier in Frage kommenden Verhältnisse wird uns wohl erst die moderne Chemie durch genauere Kenntnis der Eigenschaften kolloidaler Lösungen, deren typische Vertreter die Eiweissstoffe sind, liefern können.

Meiner Ansicht nach kommt es zu der besprochnen Variante der Esbach'schen Reaktion, wenn neben einer reichlichen Menge von spezifischen Albumosen echte Eiweissstoffe, besonders Nucleoalbumin und Fibrinoglobulin im Urin vorhanden sind. Diese Bedingungen sind bei der febrilen Albuminurie gegeben, wo die Bakterienprodukte das Nierenparenchym schädigen (cf. Cloetta) und andererseits aus dem Körpereiweiss Albumosen abgespalten werden.

Kommen wir zum Schluss noch kurz auf die praktisch-klinische Frage zurück, die mich zu obigen Untersuchungen veranlasste: Was hat es für den Kranken zu bedeuten, wenn bei Anstellung der Esbachschen Reaktion sich kein Niederschlag bildet und die gleichmässige Trübung bestehn bleibt? — so lautet die Antwort: Es handelt sich um eine infektiöse (oder «toxische») Nierenreizung, deren Prognose gut ist und die keine Tendenz hat, in eine «echte Nephritis» über-zugehen.

II.

Seit einigen Jahren wendet man der Differenzierung der verschiedenen Eiweissarten im Urin ein erhöhtes Interesse zu, besonders seitdem man gefunden zu haben glaubt, dass bestimmte Nephritisformen ihnen spezifische Mengenverhältnisse der Eiweissstoffe im Urin erkennen lassen.

Wie wir gesehen haben, ist das Nucleoalbumin, oder richtiger das Auftreten von, durch Essigsäure fällbarem Eiweiss meist eine Begleiterscheinung der febrilen Albuminurie. In minimalen Mengen kommt dasselbe jedoch, wie Mörner[8]) gezeigt hat, in jedem Urin vor. Ott hat gleichfalls in jedem normalen Urin eine Fällung erhalten. Zu demselben Resultat kam Calvo nach Dialyse des Urins. Grössere Mengen dieses Stoffes sind jedoch fraglos pathognomonisch für stärkere, akute Nierenreizung, resp. akute Nephritis. (Cloetta[9]).

Mehr Bedeutung scheint für die Praxis das Verhältnis des Serumalbumins zu dem Gesamtglobulin zu haben. Dieser sogen. Eiweissquotient ist von Hoffmann eingeführt und von verschiedenen Forschern nachgeprüft worden. Csátary kommt zu dem Schluss, dass der Eiweissquotient gross bei Schrumpfniere, sein Steigen für die Prognose günstig ist und dass er bei fieberhaften Prozessen sinkt. Ferner lässt er sich durch medikamentöse und diätetische Massnahmen beeinflussen. Cloetta hat im wesentlichen diese Resultate bestätigt, hervorgehoben, dass, je akuter die Nephritis, desto mehr Globulin und Nucleoalbumin ausgeschieden würden und vor Allem nachgewiesen, dass die Ausscheidung der verschiedenen Eiweisskörper unabhängig von dem Eiweiss des Blutserums ist und nur durch die besondere Art der Nierenläsion erklärt wird. Die anatomische Läsion und die Funktionsstörung sind jedoch nicht kongruente Begriffe. Das Nucleoalbumin stammt aus der kranken Niere selbst, während Albumin und Globulin aus dem Blut «filtriert» werden. In einwandfreien Versuchen hat Cloetta Albumin- und Globulinlösungen durch diverse tierische Membranen passieren lassen und je nach der filtrierenden Membran verschiedene Eiweissquotienten erzielt. Diese Versuche sind besonders wichtig, weil sie die Ansicht widerlegen, dass die Blutzusammensetzung die Eiweissausscheidung wesentlich beeinflusst. (Vergl. Calvo l. cit. S. 515).

Folgende Tabelle enthält die Resultate einiger von mir ausgeführter Untersuchungen. Die Eiweissbestimmung geschah in der üblichen Weise, d. h. 50 ccm. Urin wurden mit H_2O verdünnt, mit Essigsäure versetzt. im Wasserbade gekocht, das Eiweiss filtriert, getrocknet und gewogen. Andere 50 ccm. wurden mit 50 ccm. neutraler, heisser konzentrierter Ammonsulfatlösung versetzt, der Niederschlag nach 24 Stunden auf gewognem Filter aufgefangen, getrocknet, das Ammonsulfat ausgewaschen bis das Spülwasser keine Trübung mit Barythydrat gab, wieder getrocknet und gewogen. Wir erhielten so das Globulin (+ Nucleoalbumin). Subtrahieren wir dieses vom Gesamtalbumen, so erhalten wir das Serumalbumin. Die Untersuchungen sind besonders bei febriler Albuminurie mühsam und misslingen oft, da die ausfallenden Urate die klare Filtrierung des Globulin sehr erschweren.

Bei Gelegenheit dieser Arbeit habe ich die Esbach'zahlen durch die Wägung kontroliert und an 20 Fällen mit relativ hohem Eiweissgehalt gefunden, dass im Durchschnitt meine Esbachangaben um 1,15‰ zu niedrig waren. In 11 von diesen 20 Fällen war der Eiweissgehalt über 3‰ und zwar zwischen 3,27 und 15,4‰, im Durchschnitt 6,56‰. Betrug der Gehalt mehr als 5—6‰, so wurde der Urin verdünnt. Im Durchschnitt zeigten diese Fälle 1,96‰ zu wenig. Die 9 Fälle mit Albumen bis zu 2,8‰ ergaben dagegen einen Fehler von nur — 0,168‰ für die Esbach'zahlen. Bei einem Eiweissgehalt von über 3‰ hatte ich also durchschnittlich eine um 29,87% (des Gesamtalbumens) zu niedrige Angabe, bei einem Gehalt unter 3‰ dagegen einen Fehler von nur 9,1%.

Daraus möchte ich die Folgerung ziehen, dass jeder stark eiweisshaltige Urin für die Esbach'sche Reaktion so weit verdünnt werden muss, dass die zur Probe benutzte Flüssigkeit nicht mehr als höchstens 3‰ Albumen enthält. Mir scheint diese Forderung wichtiger, als die sonst meist angegebene, dass der benutzte Urin nicht mehr als 1008 spez. Gew. haben dürfe.

Mein Hauptzweck bei diesen Untersuchungen war der, mir wenn möglich durch genaue pathologisch-anatomische

---

[7]) Lochbihler u. Kun: Centralblatt f. inn. Med. 1902. Nr. 31 und 33.

Necker und Scheuer: Deutsch. med. Woch. 1904. V. B. S. 1630

Aus obigen Arbeiten, die mir erst nach Schluss meiner Untersuchungen zugänglich wurden, geht hervor, dass Leunobel 1897 das Vorkommen gerinnungswidriger Eiweissstoffe bei Pneumonie fand. Lochbihler gewann durch Kochsalzsättigung bei Pneumonie crup. aus dem Urin Albumosengemische, deren einer Teil gerinnungswidrige Eigenschaften hatte. Kun's Ansicht, dass letale Fälle von Pneumonie relativ geringe Mengen dieser Eiweissstoffe ausscheiden, scheint mir irrig, vorausgesetzt, dass es sich um dieselben Stoffe handelt, welche die betreff Esbachreaktion geben; letzteres ist jedenfalls sehr wahrscheinlich.

[8]) Zitirt bei Senator. Erkrankungen d. Nieren. Nothnagel Bd. 19.

Ott: Verhandlungen des XII. Congr. f. innere Medizin.

[9]) Cloetta Corresp. f. Schweizer Aerzte 1903 Nr. 8 und loco cit. Hoffmann Virch. Arch 89.

Csátary. Deut. Arch. f. klin. Med. 47 S. 159.

Digitized by Google

Verifizierung der Diagnose, ein Urteil über den diagnostischen Wert der Bestimmung des Eiweissquotienten zu bilden.

Anmerkung. In den Fällen 1, 2, 5 und 7 habe ich die durch Punktion der Beine gewonnene Oedemflüssigkeit untersucht: das spez. Gew. war 1006,5 bis 1007. Der Eiweissgehalt betrug 1,25; 2,08; 2,66; 1.71‰ (Der Eiweissquotient 1,056, 0,83, 2,4). Dehio (St. Pet. med. Woch. 1900. S. 495) will die Nephritiden auf Grund des geringeren Eiweissgehalts der Oedemflüssigkeit von den Herzfehlern mit venöser Stase scheiden. Bei der ersten Gruppe fand er nur Spuren Eiweiss bis 1,5‰, bei letzteren 2—5‰ Alb. Wenn auch dieser Unterschied im allgemeinen zugegeben werden muss, so ist doch eine scharfe Trennung kaum möglich. Vergleiche auch Krehl (Pathol. Physiologie 3. Aufl. S. 125): «Oedemflüssigkeiten mit einem Eiweissgehalt unter 0,1 pCt. finden sich in der Regel nur bei schweren Nierenaffektionen» .... «im übrigen sind die Zahlen der nicht entzündlichen Ergüsse auch bei der gleichen Krankheitsursache so verschieden, dass an eine Klassifikation nach denselben nicht gedacht werden kann».

Sehen wir nun die Zahlen der Tabelle B. näher an, so ergiebt sich für die nicht obduzierten Fälle folgendes: Fall 4: offenbar eine typische Schrumpfniere (Spec. Gew. 1008, Urinmenge 3000), zeichnet sich durch die über 20 Jahre anhaltende reichliche Eiweissausscheidung aus. Der Eiweissquotient ist 5,22 Fall 6: subakute, parenchymatöse Nephritis, bei der das Ansteigen des Eiweissquot. 3,1—5,9—6,93 (resp. 9,66) für einen Uebergang in Schrumpfniere sprechen könnte. Fall 8. Neph. haem. subacuta mit 0,344 pCt. Alb., Quot: 2,18 und Fall 9 Nephr. parenchym. mit 0,807 pCt. Alb., Quot. 5,84 lassen keine Abnormitäten erkennen. Fall 12, 13 und 14 stellen febrile Albuminurien dar, bei denen die im vorigen Abschnitt besprochene Trübung mit dem Esbach'schen Reagens, ohne nachfolgende Fällung, vorhanden war. Der Eiweissgehalt war niedrig 0.142, 0,118 und 0,088 pCt., der Quotient gering: 0,61, 0,073 und 1,2. Dieses Ergebnis entspricht völlig den Resultaten, die wir nach den Literaturangaben erwarten mussten.

Wichtigere Schlüsse lassen die sezierten Fälle ziehn: Fall 1: klinisch als Schrumpfniere diagnostiziert, erweist sich als «kleine rote Niere». Die niedrigen Eiweissquotienten 0,67, 1,15, 4,15 scheinen im Widerspruch mit diesem Befund zu stehen und müssen wohl durch die hochgradige Inkompensation (Pat. hatte beständig Oedeme, Hydrothorax und Dyspnoe), erklärt werden. Ein ähnliches Resultat giebt Fall 10. klinisch eine monatelang ohne Eiweiss verlaufende

Tabelle B.

Klinische Diagnose.	Oedeme.	Urinmenge in 24 St.	Spez. Gew.	Gesamt-Eiweiss in 100 ccm.	Serum-Albumin.	Globulin.	Quotient.	ClNa.	Obduktion.
1) a. M. Nephr. chr. intst. 54 a. n.	+	wenig	1015	0,164	0,066	0,098	0,67	0,2%	Kleine rote Niere.
b. » »	+	500	1015	0,748	0,4	0,348	1,15	0,2%	
c. » »	+	wenig	—	0,2472	0,1992	0,048	4,15	—	
2) a. S. 53 a. n. Nephr. chr. parench. (+ Amyloid?).	+	800	1015	0,78	0,636	0,144	4,4	—	Diffuse Nephritis + Stauung. (Lues).
b. » »	+	600	1025	1,54	1,164	0,376	3,095	—	
3) S. 27 a. n. N. parench. chr.	0	gering	1010	0,362	0,261	0,101	2,57	0,4%	Grosse weisse Niere (+ Amyloid.)
4) V. 70 a. n. N. chr. intst.	0	3000	1008	0,28	0,235	0,045	5,22	0,6%	
5) a. B. 67 a. n. N. diffusa chr.	+	600	1021	0,125 (Esbach)	—	—	—	—	Diffuse Nephritis (arterioscl.) + Stauung.
b. » »	+	700	1019	0,266	0,17	0,096	1,77	—	
6) a. W. 35 a. n. N. subacuta.	(Spur)	1100	1013	0,418	0,316	0,102	3,1	—	
b. » »	0	1500	1012	0,414	0,354	0,06	5,9	—	
c. » » Nachts.	0	} 1500	1013	0,254	0,222	0,032	6.93	—	
d. » » Tags.	0		1013	0,832	0,754	0,078	9,66	—	
7) a. P. 40 a. n. Nephr. diffusa.	+	990	1024	0,327	0,195	0,132	1,47	0,26%	Grosse bunte Niere.
b. » »	+	250	1013	0,45	—	—	—	0,28%	
8) B. 59 a. n. N. par. subacuta haemor.	+	1440	1011	0,344	0,236	0,108	2,18	—	
9) M. 47 a. n. N. par. chron.	(Spur)	1100	1017	0,807	0,689	0,118	5,84	—	
10) D. 47 a. n. N. chr. intst.	+	wenig	1019	0,516	0,289	0,227	1,27	—	Schrumpfniere.
11) D. 22 a. n. N. acuta. Sepsis. (febrile Albuminurie).	0	—	1017	0,1658	0,1184	0,0474	2,49	0,5%	Nephr. parench. acuta.
b) » »	0	—	1020	0,1622	0,1062	0,056	1,89	0,56%	
c) » »	0	—	—	0,1	0,056	0,044	1,5	0,3%	
12) T. Febrile Album. (Typhus).	0	—	1010	0,142	0,054	0,088	0,61	wenig	
13) B. Febrile Alb. (Pneumonie).	0	—	—	0.118	0,008	0,110	0,073	wenig	
14) G. Febr. Alb. (Typhus).	0	—	1014	0,088	0.048	0,04	1,2	wenig	

Digitized by Google

SEKTIONSERGEBNISSE.

MAKROSKOPISCH.	MIKROSKOPISCH.	DIAGNOSE.
Tab. B. 1. M. Nur eine Niere obduziert. Rechte Niere klein, Kapsel leicht adhärent, Gewebe derb, rot. Rinde leicht verschmälert, von ungleicher Dicke, rötlich. 130 gramm.	Sehr starke Bindegewebsentwicklung. Starke Blutfüllung der Kapillaren und einige Blutungen in's Parenchym. Verdickung der Gefässwände. Mässige Parenchymdegeneration. Einige Cylinder. Beginnende amyloide Degeneration hie und da, besonders in einigen Glomerulis. Fleckweise Verfettung. Hyaline Degeneration einiger Glomeruli.	Nephritis interstitialis. + Hyperaemie. Leichte parenchymatöse Veränderungen.
2. S. Nieren von normaler Grösse, Kapsel leicht löslich, Oberfläche körnig, Rinde verschmälert, graurot, Schnittfläche fettig glänzend. Einige gelbe, keilförmige Infarkte. Einzelne narbige Einziehungen.	Starke Verdickung der Gefässwände und reichliche Bindegewebsentwicklung. Strotzend gefüllte Kapillaren. Eiweiss in den Glomerulis. Reichliche Cylinderbildung. Beträchtliche Epithelschwellung und Desquamation. Kein Amyloid.	Nephritis interstitialis arteriosclerotica (Lues) + parenchymatosa. Hyperaemie.
3. S. Nieren sehr gross. Kapsel schwer löslich. Gewebe derb, grau-gelblich. Rinde stark verbreitert.	Desquamation und Verfettung des Epithels. Kernschwund. Reichliche Cylinderbildung. In den Harnkanälchen Eiweissdetritus. Fleckweise amyloide Degeneration.	Nephritis parenchymatosa, Beginnendes Amyloid.
5. B. Nieren ziemlich normal gross, Gewebe sehr derb. Kapsel schwer löslich, Oberfläche leicht granuliert. Rinde etwas verschmälert. Zeichnung des Gewebes deutlich. Farbe graurot. An der Oberfläche mehrere erbsengrosse Cysten und narbige Einziehungen. Gewicht beider Nieren 290 gramm.	In den Glomerulis Eiweiss in geringer Menge. Leichte Epitheldesquamation. In tub. contortis und Schleifen mässige Abstossungen und Nekrose, Eiweiss und Cylinder. Insuläre kleinzellige Infiltration des Interstitiums. Glomerulnskapsel z. T. verdickt, einige Glomeruli geschwunden. Im Bereiche der interstitiellen Herde mehrfach atrophische tub. contorti, sowie leicht ektatische Harnkanälchen. Bei schwacher Vergrösserung tritt der streifige und insuläre Typus der interstitiellen Nephritis hervor.	Nephritis interstitialis (insulär — an die Gefässe anschliessend). Mässige parenchym. Veränd.
7. P. Nieren stark vergrössert, Kapsel etwas schwer löslich, Oberfläche glatt. Gewebe derb, auf dem Schnitt unregelmässig gesprenkelt. Rinde sehr breit.	Das Epithel der Harnkanälchen getrübt und desquamiert. Kernschwund. Viel Cylinder. Starke Hyperämie. Fleckweise geringe kleinzellige Infiltration.	Nephritis parenchymatosa.
10. D. Nieren klein, Kapsel gut löslich. Oberfläche fein granuliert: einzelne Cysten mit serösem Inhalt. Rinde stark verschmälert. Parenchym auf dem Schnitt dunkelrot.	Im Interstitium kleinzellige Infiltration. Glomeruluskapseln z. T. verdickt und Atrophie einiger Glomeruli; starke Blutfüllung derselben. In den Harnkanälchen Eiweiss, Epithelschwellung und Abstossung. Kernschwund und Vakuolen in den Zellen.	Nephritis interstitialis. + reichliche (akute?) parenchym. Veränderungen.
11. D. Nieren stark vergrössert, Kapsel gut löslich, Gewebe gelblich-rot, Rinde stark verbreitert, fettig glänzend. Gewicht 290 und 235 gramm.	Nierenepithelien geschwellt, z. T. desquamiert. Kerne schlecht färbbar. Mit Sudanfärbung fleckweise reichlicher Fetteinschluss in den Zellen, hauptsächlich im Gebiet der tubuli contorti.	Nephritis parenchymatosa.

Schrumpfniere, mit Oedemen und Herzhypertrophie, die ziemlich akut exacerbierte (vielleicht nach Calomel?) und dabei 5,16‰ Alb., bei einem Quot. von 1,27 ergab. Es fand sich gleichfalls eine «kleine, rote Niere» mit reichlicher (mikroskopischer) Parenchymalteration. Fall 2 wurde als parenchymatöse Nephritis aufgefasst (Amyloid vermutet), Albumen 0.78—1,54 pCt. Quot.: 4,4 resp. 3,095. Es bestanden monatelang Oedeme, ein hypertrophisches Herz und hochgradige Arteriosklerose (Alte Lues). Es fand sich eine diffuse Nephritis, mit Vorwiegen der arterio-sklerotischen Schrumpfung. Diesem sehr ähnlich ist Fall 5, klinisch als diffuse Nephritis aufgefasst. Gleichfalls Oedeme, Arteriosklerose, Hypertrophia cordis. Albumen 0.266 pCt. Quot. 1,77. Fast reine parenchymatöse Nephritiden sind Fall 3 und 7. Bei beiden «grosse Nieren». Fall 3 starb an einem interkurrenten Typhus abd., bei voller Nierenkompensation. Der Eiweissgehalt 0,362 pCt., Quot. 2,57. Fall 7 hatte wochenlang starke Inkompensationserscheinungen. Eiweissgehalt 0,327% Quot. 1,47. Schliesslich Fall 10, war klinisch eine schwere febrile Albuminurie, anatomisch eine parenchymatöse Nephritis. Alb.: 0,1—0,1658% Quot. 1,5—2,49.

Suchen wir nun unsere Ergebnisse mit den Literaturangaben in Einklang zu bringen, so ist das für die parenchymatöse Nephritis leicht: Wie zu erwarten war, ergab sich ein kleiner bis mittelgrosser Eiweissquotient, der bei der febrilen Albuminurie sogar unter 1 sinken konnte.

Dagegen zeigten vier obduzierte Fälle von vorwiegend interstitieller Nephritis (Fall 1, 2, 5 und 10) im Vergleich mit den Zahlen von Csátary oder Cloetta relativ viel zu niedrige Eiweissquotienten. Die Erklärung liegt wohl fraglos darin, dass die betr. Fälle sich alle im Zustand stärkster Kompensationsstörung befanden, wodurch der Eiweissquotient stets herabgesetzt wird (cf. auch Cloetta und Csátary loc. cit.). Die Zahlen der auf einem grossen Material beruhenden, leider anscheinend nur zum kleinsten Teil mikroskopisch untersuchten Fälle der mir zugänglichen Literatur über diese Frage bleiben natürlich zu Recht bestehen und sind wir berechtigt, grosse Eiweissquotienten (etwa 10 oder mehr) für die Diagnose der Schrumpfniere zu verwerten.

Andererseits zeigen meine Fälle, dass eine diesbezügliche Untersuchung den diagnostischen Wert einbüsst, sobald Kompensationsstörungen auftreten. Das ist nun leider wohl bei der Mehrzahl der Hospitalfälle die Regel.

Mässige amyloide Veränderungen beeinflussen den Eiweissquotienten nicht wesentlich, wie Fall 3 zeigt.

Die praktische Frage der diagnostischen Brauchbarkeit des Eiweissquotienten, von der ich ausging, ist somit derart zu beantworten, dass die Bestimmung desselben für den Praktiker selten eine grössere Bedeutung hat. Das darf uns nicht hindern, diese Berechnung ge-

Digitized by Google

legentlich als diagnostisches Hilfsmoment mit zu Rate zu ziehen. Wir sollten dieses jedoch tun, solange noch keine Kompensationsstörungen vorliegen.

Derartige Untersuchungen haben jedenfalls stets ein theoretisches Interesse durch die Anbahnung einer genaueren Kenntnis der komplizierten Eiweissausscheidungsprozesse.

Den Herren Dr. Westphalen und Dr. Ucke danke ich bestens für die Sektionsprotokolle. Ein Teil meines Materials entstammt dem weiblichen Obuchowhospital und danke ich den Herren Dr. Kernig und Dr. Albanus für die Ueberlassung desselben, der Feldscherin M. Kowalewsky für die tätige Mithilfe bei der Sammlung der Fälle.

Referate.

J. A. Killian: Ueber subjektive Kakosmie. (Münchener med. Woch. Nr. 39).

Unter subjektiver Kakosmie versteht man sowohl eine funktionelle Störung des Geruchssinnes, die zur Wahrnehmung eines Fötors führt, welcher in der umgebenden Luft nicht vorhanden ist, als auch eine Gruppe von Fällen, wo der subjektive Fötor das hervorstechendste Symptom ist. Der Umfang dieser Gruppe ist durch Klarlegung der Aetiologie (Fremdkörper in der Nase, Kieferhöhlenempyem, Vomernekrose u. s. w.) bereits erheblich eingeschränkt worden. Jede weitere Aufdeckung der Ursachen der subjektiven Kakosmie erscheint daher erwünscht und Verfasser teilt 2 in dieser Beziehung sehr lehrreiche Fälle mit, in denen es ihm gelang durch genaue Untersuchung aus den abnorm tiefen Rosenmüller'schen Gruben fötide Pfröpfe zu entfernen, wonach die Kakosmie verschwand. Anwesenheit dieser fötiden Massen lässt sich durch die Spiegeluntersuchung nicht erkennen. Durch Eingehen mit der watteumwickelten Sonde wird die Sachlage klargestellt. Diese Pfröpfe entsprechen den bekannten Tonsillenpfröpfen. Gewisse anamnestische Symptome, z. B. Auftreten des Fötors beim Ausschnauben, können auf die Möglichkeit eines solchen Tatbestandes hinlenken. Die Behandlung besteht in sorgfältiger Entleerung der Tasche durch Auswischen.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

F. v. Winckel: Handbuch der Geburtshülfe. Wiesbaden, 1904. Verlag von J. F. Bergmann.

Etwas verspätet ist uns die II. Hälfte des I. Bandes dieses Handbuchs zur Besprechung zugegangen. Es ist unterdessen schon so günstig von der Kritik aufgenommen worden, dass nur wenig zu dem einstimmig günstigen Urteil über das Buch hinzugefügt werden konnte.

Die II. Hälfte des I. Bandes reiht sich der ersten würdig an. Skutsch behandelt zunächst die Untersuchung auf Schwangerschaft und die Diagnose derselben, wobei alle neuesten Forschungsresultate kritisch verwertet sind. Die mehrfache Schwangerschaft und mehrfache Geburt ist von Strassmann in einer Ausführlichkeit besprochen, wie sie wohl kaum vor ihm in zusammenfassender Darlegung von anderer Seite in einem Handbuch gebracht ist. Die eigenen Forschungen Seelheims über das Becken sind so bekannt, dass durch seine berufene Feder dieses Kapitel am besten geschrieben worden ist. Die zahlreichen eigenen Abbildungen nützen beim Verständniss gerade dieses Kapitels viel. Von den übrigen Abschnitten des Buches seien noch hervorgehoben: die Diätetik der normalen Geburt von Sarwey, der Mechanismus der Geburt von Stumpf und die Behandlung der regelmässigen Nachgeburtsperiode von Lindfors.

Die vorzüglichen und zahlreichen Abbildungen des Buches erhöhen nur noch seinen Wert. Es wird ein unentbehrliches Nachschlagebuch für Spezialisten und praktische Aerzte werden. Hoffentlich lassen die folgenden Bände nicht lange auf sich warten.

W. Beckmann.

Ludolf Krehl: Pathologische Physiologie. 3. Auflage. Leipzig 1904. Verlag v. F. C. W. Vogel. Preis 15 Mk.

Mit einer bewunderungswürdigen Beherrschung des gewaltigen Stoffes giebt uns Krehl in kurzen Zügen einen Ueberblick über die krankhaften Prozesse im menschlichen Organismus und ihre Deutung. Trotz der grossen Zahl von Theorien, die an uns vorbeizieht, ist der Haupteindruck, den man bei der Lektüre dieses hervorragend objektiven Werkes empfängt, der, dass wir noch unendlich wenig wissen. Ueberall springt uns die Inkongruenz der nachweisbaren anatomischen Veränderungen mit der Funktionsstörung in die Augen. Dass nicht zu sehr auf das Detail eingegangen ist und stets nur die wichtigen, bezw. bestfundierten Hypothesen besprochen werden, erleichtert die Uebersicht wesentlich. Die beigefügten Literaturangaben ermöglichen jedem das Spezialstudium einzelner Fragen. Der Stoff ist übersichtlich geordnet und die Fragestellung präzis, so dass eine reiche Anregung zu wissenschaftlicher Arbeit oder doch zu selbstständigem Nachdenken auf den verschiedensten Gebieten gegeben wird.

Ganz besonders gefallen hat mir das Kapitel über den Kreislauf, ein Gebiet, auf dem Krehl ja einer unserer hervorragendsten Autoritäten ist.

O. Moritz.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

762. Sitzung vom 19. Oktober 1904.

Vizepräses: Blessig. — stellv. Sekretär: O. Moritz.

1. Lezenius: Zur Aetiologie des Schichtstars. (Erscheint in dieser Wochenschr.)

2. Blessig: Zur Operation des Schichtstars.

Blessig spricht, im Anschluss an die Demonstration einiger Operierter, über die Operation des Schichtstars. In operativer Hinsicht kann die Cataracta zonularis als Prototyp auch für andere seltnere Formen von partiellem Linsenstar (Kernstar, einige Rindenstare etc.) gelten.

1) Optische Iridektomie. In der voraseptischen Zeit fast ausschliesslich geübt, weil sie damals ungefährlicher war, als die Extraktion, wird sie gegenwärtig nur noch ausnahmsweise wegen Schichtstars ausgeführt. Sie ist allenfalls indiziert, wenn die freie periphere Linsenzone breit und schon bei Erweiterung der Pupille durch Mydriatika eine erhebliche Aufbesserung der Sehschärfe zu erzielen ist. Sie bietet den Vorteil, dass die Linse, und mithin der Accomodationsapparat, dem Auge erhalten bleibt, aber das optische Resultat ist meist ein ungenügendes, die Sehschärfe infolge der Brechungsverhältnisse in den peripheren Partien der brechenden Massen meist unbefriedigend. Dazu kommt manchmal störende Blendung durch das Kolobom.

2) Beseitigung der partiell getrübten Linse, mit Erhaltung einer normalen runden und frei beweglichen Pupille, stellt heutzutage das Normalverfahren dar. Sie giebt optisch (d. h. inbezug auf Sehschärfe mit corrigierendem Glas) die besten Resultate, hat aber den Nachteil, dass das Auge aphakisch gemacht wird und daher ohne Glas zum mindesten nicht besser, in der Regel sogar schlechter sieht als vor der Operation. Am günstigsten liegen die Verhältnisse in jenen Ausnahmefällen, in denen durch die Operation zugleich eine hochgradige Myopie korrigiert wird.

Vortr. hat 1896 in diesem Verein einen Knaben vorgestellt, bei dem die Operation eines Schichtstars dieser doppelten Indikation gerecht wurde. (St. Pet. méd. W. 1896. pg. 155.). Der zur Beseitigung der partiell getrübten Linse, ebenso wie auch der klaren Linse bei hochgradiger Myopie, einzuschlagende Weg kann ein dreifacher sein:

a) Discission allein, eventuell zu wiederholen.

Digitized by Google

b) Primäre Discission — sekundäre Punktion (Extraktion) der total getrübten Linse — eventuell noch Discission des Nachstars. (Das Verfahren ist identisch mit dem von Fukala bei Myopie).

c) Primäre Extraktion — sekundäre Discission des Nachstars), Verfahren von Sattler u. A.

Vortr. erörtert das pro und contra dieser verschiedenen Methoden: ad a: Bei ungebärdigen und sehr kleinen Kindern ist es wünschenswert mit Discissionen allein auszukommen, weil die Nachbehandlung einfacher ist als nach Extraktion. Die Spontanresorption der discindierten Linse erfordert aber sehr viel Zeit.

ad b: Die nach der Discission sich trübenden und aufquellenden Linsenmassen entleeren sich bei der Punktion sehr leicht und vollständig. Die Gefahr der Drucksteigerung (Sekundärglaukom) durch stürmische Quellung haftet diesem Verfahren allerdings als ein Nachteil an, ist aber nicht zu überschätzen, da doch solche operierte Patienten unter ständiger Beobachtung sind und im Falle einer plötzlichen Drucksteigerung sofort eine Punktion gemacht werden kann. Vortr. hat dieses, mit der Fukala'schen Myopie-Operation identische Verfahren bis vor kurzem ausschliesslich geübt. In der St. Petersburger Augenheilanstalt gilt es als typische Schichtstar-Operation.

ad c: Sattler's primäre Extraktion (mit der Hohllanze) hat Vortr. bisher nur in einigen wenigen Fällen ausgeführt, nachdem er vor Jahresfrist einige so operierte Augen in der Leipziger Klinik gesehen. Die Methode bietet den Vorteil, dass sie schneller zum Ziele führt, da die Nachstar-Discission sehr bald der Extraktion nachgeschickt werden kann. Die Gefahr eines Sekundärglaukoms fällt hier fort. Dagegen scheint das Verfahren weniger Sicherheit gegen Einklemmung und Vorfall der Iris zu bieten. Auf Erhaltung einer runden freien Pupille kommt aber sehr viel an!

Es ist gewiss, und auch die hier demonstrierten Fälle beweisen es, dass man die gleichen guten Resultate auf jedem der drei angegebenen Wege erreichen kann. Die Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden wiegen einander mithin auf.

Was die Indikation zur Operation des Schichtstars überhaupt anlangt, so erkennt Vortr. als obere Grenze eine Sehschärfe von ca. 0,3—0,4 an. Die ganz zarten Schichtstare, die eine nur geringe Herabsetzung der Sehschärfe (etwa bis 0,5 bei mittlerer Pupillenweite) bedingen, lasse man unoperiert.

Als untere Altersgrenze gilt dem Vortr. wie bei der Schieloperation so auch hier das Alter von 7—8 Jahren, weil erst in diesem Alter eine genauere Sehprüfung und Bestimmung der Brille möglich ist, deren das aphakische Auge bedarf.

Stets operiere man beide Augen, um ihnen die Vorteile des binokularen Sehens zu gewähren, aber nicht gleichzeitig, sondern eins nach dem andern. Die Operation des Schichtstars ist im allgemeinen nicht sehr dankbar, einerseits, weil die betr. Augen auch vor der Operation schon einen gewissen Grad von Sehvermögen haben, nicht blind sind, anderseits das Sehvermögen auch beim besten Ausgang der Operation nicht selten infolge praeexistierender Amblyopie unbefriedigend bleibt. Dies gilt besonders von Schichtstar-Augen mit Nystagmus.

Zur Erläuterung der Operations-Methoden demonstriert Vortr. einige Nachbildungen von operierten Schichtstaren (Glasaugen aus der Werkstatt der Gebr. Müller in Wiesbaden).

Die von beiden Vortragenden vorgestellten Fälle sind folgende:

1) Junger Mann mit unoperiertem typischem Schichtstar an beiden Augen.

2) Mann, wegen Schichtstars an beiden Augen vor 34 Jahren iridektomiert (von weil. Dr. Robert Blessig).

3) Junge Dame, wegen Schichtstars vor 11 Jahren auswärts operiert (Discission und Punktion?). Vor 3 Jahren Discission des Nachstars beiderseits (Blessig).

4) Knabe, rechts im April d. J. operiert von Germann (Discission allein!), links noch zu operieren.

5) Junges Mädchen, links operiert nach Sattler (vor 3 Wochen primäre Extraktion, vor 1 Woche sekundäre Discission durch Blessig), rechts noch zu operieren.

Diskussion:

Germann — zur Aetiologie:

In der hiesigen Anstalt des Dr. Maljarewsky für geistig zurückgebliebene Kinder habe ich vor Jahren einen 13-jährigen Knaben besucht, welcher beiderseits Schichtstar hatte und an epileptischen, häufig auftretenden Krämpfen litt. Der Knabe hatte, dessen erinnere ich mich sicher, rhachitische Zähne. Ob der Epilepsie im frühesten Kindesalter rhachitische Krämpfe vorausgegangen sind, vermag ich nicht anzugeben. Dr. Lezenius hat bei Durchmusterung der Literatur keine Angabe gefunden, welche Epilepsie und Schichtstar in Verbindung bringt. Auch ich muss dieses bestätigen, es sei denn, dass die französische und englische Literatur darüber Angaben enthalten. Erkennt man den Einfluss der Krämpfe bei Rhachitis an, dann ist nicht einzusehen, warum nicht auch der epileptische Krampf die Bildung von Schichtstar begünstigen soll.

Zur Operation:

Jetzt, wo wir das Cocain besitzen, und die Aseptik sicher zu handhaben wissen, ist es ja einerlei, ob zur Erlangung eines guten Sehvermögens zwei oder gar drei operative Eingriffe notwendig sind. Im Kindesalter — bis zum 8. Jahre — werde ich stets discindieren und die Trübung der Linsenmassen möglichst abwarten ehe ich weiter eingreife. Aber auch für die älteren Patienten scheint mir in der primären Extraktion des Schichtstares nebst Nachoperationen kein Vorteil zu liegen. Erst discindieren, dann extrahieren dürfte. wenn nicht schneller, so doch nicht in längerer Zeit zum Ziele führen. Schichtstare zu optischem Zwecke iridektomiert habe ich zuletzt im Jahre 1888, seit der Zeit habe ich Schichtstare immer extrahiert. Nicht ohne Interesse sind folgende Zahlen, welche ich den Berichten entnehme, die von der St. Petersburger Augenheilanstalt in deren Mitteilungen veröffentlicht worden sind:

In den genannten Jahresgruppen wurden bei Schichtstar

	1879—1883	1884—1888	1889—1891	1892—1894	1895—1898	
iridektomiert . .	42	45	8	3	4	
discindiert . . .	1	4	10	20	59	
extrahiert . . .	2	10	14	21	34	Augen.

(Autoreferat).

Lezenius zweifelt daran, dass es sich in dem Germann'schen Fall wirklich um echte Epilepsie gehandelt hat, könnte es sich nicht vielleicht um Eclampsia infantum gehandelt haben?

Germann: Das lässt sich jetzt nachträglich natürlich nicht mit absoluter Sicherheit mehr feststellen, doch ist die Diagnose Epilepsie von dem Spezialisten gestellt worden.

Hörschelmann fragt, ob bei Rhachitis Schichtstar auch in solchen Fällen beobachtet wurde, bei denen keine Krämpfe vorgelegen hatten.

Lezenius: Ja, — etwa in 10 Fällen haben sich anamnestisch keine Krämpfe nachweisen lassen. Natürlich ist dadurch noch nicht mit absoluter Sicherheit festgestellt, dass tatsächlich keine Krämpfe vorgekommen sind.

Serk: Zur Frage der Differentialdiagnose zwischen Epilepsie bei Kindern und Eclampsia infantum wäre zu betonen, dass dieselbe bei genauer Beobachtung dem Kinderarzt keine Schwierigkeiten zu machen pflegt, so dass man wohl annehmen kann, dass es sich bei den von Germann erwähnten Fällen sicher um Epilepsie gehandelt hat.

Germann: Seiner Ansicht nach war an der Diagnose «Epilepsie» nicht zu zweifeln.

Hörschelmann: Da von Lezenius ausdrücklich die Krämpfe der Rhachitis als Ursache des Schichtstars angeführt werden, liegt jawohl auch kein Grund dagegen vor, dass auch epileptische Krämpfe zu derselben Erkrankung führen können.

Lezenius: Jedenfalls müsste man dann annehmen, dass diese Krämpfe schon in einem sehr frühen Lebensalter stattgefunden haben.

Nachtrag. Lezenius teilt auf der Sitzung vom 2. November 1904 mit, dass er auch in der englischen und französischen Literatur keinen Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Epilepsie und Schichtstar gefunden hat.

763. Sitzung vom 2. November 1904.

Präses: Schmitz — stellv. Sekretär: O. Moritz.

1. Bary. Ueber Schrift und Zeichenproben von Geisteskranken.

Vortragender weist auf die grosse Bedeutung des Studiums der Schrift für die Diagnostik der Geisteskrankheiten hin. Man habe sogar aus der Schrift nicht nur pathologische Merkmale,

Digitized by Google

sondern auch Charaktereigentümlichkeiten des gesunden Menschen herauszulesen versucht. Die erste Arbeit über die Erkenntniss des Charakters nach der Handschrift stammt von Camillo Baldi aus dem XVI. Jahrhundert. Darnach haben sich mit der Frage Leibnitz und besonders, auf Anregung Goethe's, Lavater beschäftigt. Der Name Graphologie rührt vom französischen Abbé Michon aus dem Jahre 1872 her. Trotz der bedeutenden Namen von Wilhelm v. Preyer und Cesare Lombroso sei jedoch zu wenig strengwissenschaftliches Material gesichtet worden, um einwandfreie Schlüsse zu ziehen. Dagegen habe das Studium der Schriften der Geisteskranken eine sehr grosse Bedeutung und eine ganze Reihe von Autoren (Erlenmeyer, Schröder, Kowalewski, Hericourt und Richet, Köster, Obraszow) haben nachgewiesen, dass man oft aus der Schrift des Kranken die Diagnose stellen kann, was von besonderer Wichtigkeit in foro sei. Neuere Gesichtspunkte eröffnen sich durch die von Kraepelin eingeführte Schriftwage. Zum Schluss demonstrierte Vortragender ca. 80 Handschriften von Geisteskranken. Dabei wurde auf das Schreibmaterial (Papirosschachteln, alte Zeitungen, kleine Kalender, sogar Closettpapier), das die Kranken gebrauchen, hingewiesen; die Unterschiede in der Schrift bei verschiedenen Graden der maniakalischen Erregung gezeigt; ebenfalls der Unterschied zwischen angeborenem und erworbenem Schwachsinn; dann kamen Schriften von Paranoikern, Altersschwachsinn, Melancholie. Von progressiver Paralyse wurden 30 Handschriften demonstriert, alle boten die charakteristischen Störungen dar, einige zeigten die deutliche Progression der Krankheit, eine Handschrift — die acute Schreibstörung vor einem apoplektiformen Anfall. Dann zeigte Vortragender eine ganze Reihe von Plänen, Zeichnungen und Gemälden von Geisteskranken.

(Autoreferat).

2. Germann: Bericht über den internationalen Ophthalmologen-Kongress in Luzern. (In Nr. 45 u. 46 des vorigen Jahrgangs dieser Wochenschrift erschienen.)

Nachrichten von Kollegen aus dem fernen Osten.

Einem uns freundlichst zur Verfügung gestellten Brief von Dr. W. Baron Ungern-Sternberg entnehmen wir nachstehendes:

Chabarowsk, d. 31. Dezember 1904.

«Unser Leben im Rücken der Armee ist stiller geworden, da keine grossen Schlachten stattgefunden. Ab und zu giebt es noch etwas Operatives. Im ganzen sind die Kranken hier wenig für Knochenoperationen zu haben, ein steifes Glied (Finger) befreit ja eher vom Militärdienst, wie ein fehlendes. Ich habe so häufig den Rat zur Operation geben müssen, um Glieder brauchbar zu machen, bin aber eben so häufig auf eine abweisende Antwort gestossen. Immerhin ist die Zahl der grösseren und kleineren Operationen ganz gross und haben wir, Gott sei Dank, bei uns in der Chirurgie noch keinen Todesfall gehabt. Krüppel sind viele geworden. Unser Material kann ich tdireckt von den Positionen, es ist ja wahr, die besonders schwer Kranken wurden früher abgeliefert oder starben im Zuge, Trepanationen haben wir doch einige gemacht und grosse Resektionen. Amputationen haben wir keine zu machen gebraucht, da wir streng für konservative Behandlung stehn; was 2 Wochen gewartet, kann auch länger warten und manche Hand und manches Bein, dass früheren Chirurgen zum Opfer gefallen wäre, haben wir schonen können. Auch Aneurysmenoperationen haben wir gemacht.

Vor einem Monat kam der sehnlichst erwartete Lautenschläger, aus Petersburg verschrieben, an, er funktioniert prächtig und die doch etwas mit Schauer gebrauchten sterilen Binden aus dem Jahre 1900 müssen an ein Uebersterilisieren glauben vor grösseren Operationen. Unser Operationszimmer ist mit Oelfarbe gestrichen, Ritzen sind nach Möglichkeit vermacht und Staubfänger entfernt, ein Waschtisch, von Kollegen Rauer erdacht, mit Zu- und Abfluss des Wassers ohne Benutzung der Hände, schmückt dasselbe, ein Instrumentenschrank mit Glasregalen; — es lässt sich leben. Jetzt gebe man uns nur Material und ich glaube es steht uns nichts im Wege, um eine Operation im besten Sinne des Wortes aseptisch zustande zu bringen. Das Personal ist allerdings noch nicht völlig einwandfrei, doch mit der Zeit wird auch das hoffentlich werden. Zu kämpfen haben wir mit der Wasserfrage: nach wie vor können wir Wannen nur mit Maass verschreiben; der Amur so weit, die Wege so schlecht und die überarbeiteten Pferde so gering an Zahl und so jämmerlich. Im Augenblick neue Pferde hier zu kaufen, wenigstens fehlerfreie, ist fast ein Ding der Unmöglichkeit und für den scheusslichsten Klepper ist man gezwungen 200 Rbl. zu zahlen. Das Essen unserer Kranken ist reichlich und passabel. . . . .

Sehr schade ist, dass man sich bei der Zubereitung streng an die «раскладка» halten muss, der Geschmack der Speisen leidet sehr und billiger ist es auch nicht. . . . .

In Bezug auf die Reinlichkeit ist es in unserem Hospital ganz leidlich bestellt, die Asphaltdielen sind seit kurzem mit Graphit und Bohnenoel bearbeitet und sehen ganz appetitlich aus, nur der untere Teil der Kalkwände ist mit der Zeit grau und schwarz geworden, für Oelanstrich haben wir bisher vergeblich plaidiert, doch mit der Zeit vielleicht nicht ganz vergeblich. Mit Infektionskrankheiten werden wir bis jetzt verschont, für diese ist das II. «сводный» Lazarett bestimmt und hatten z. B. Dr. Johannson aus dem Alexander-Hospital und Schmuljan je eine Typhus abdominalis — Abteilung von gegen 70 Betten unter sich. Bei uns haben Rauer und ich die Chirurgie, Tokapew, Ferberg, Mikler, Redlich, Wolff, Barowsky und Stroinowsky die internen Kranken, Mikler ausserdem die kleine Chirurgie.

Jetzt ist also das arme Port-Arthur doch gefallen! mich hat es wohl ganz deprimiert, war doch die tapfere Verteidigung einer der wenigen Lichtblicke im Verlaufe dieses Krieges. Ich kann mich nicht damit einverstanden erklären, dass die Menschen hier noch Lust haben zu Maskenbällen, wenn auch zu wohltätigem Zweck. Aufgeregt ist man hier jetzt gründlich, alle möglichen und unmöglichen Gerüchte kursieren, aus vielen Mücken werden Elephanten gemacht, bald sind die Japaner hier bald da gesehn worden und der offizielle Telegraph schweigt seit einigen Tagen fast ganz. Wollen wir sehn, was sich bewahrheitet von diesen Gerüchten.

Weihnachten feierten wir ganz gemütlich, wenn auch etwas traurig mit einem Baum zu Hause, Ferberg und Johannson waren bei uns, ein warmer Arrakpunsch erhöhte die Stimmung. Ob dieses das letzte Weihnachten hier im fernen Osten für uns gewesen? manchmal ergreift uns wohl schon ordentliches Heimweh; nur die schöne sibirische Sonne und der herrliche Winter mit 8—15 Grad Frost bei völliger Windstille macht es einem etwas leichter — rhachitische Kinder habe ich hier selten gesehn — ich glaube, das macht der Ueberfluss an Sonne.

Unsere Küche ist eben viel mannigfaltiger geworden, Wild giebt es, wenn auch für Sibirien recht teuer, im Augenblick im Ueberfluss und Stör, Sterlet und Kaluga sind schmackhafte Fische, nur Mangel ist an frischem Gemüse.

Etwas interessantes sieht man hier im Winter, das sind die buntkostümierten Golden und Arazonen, letztere die eigentlichen Zobeljäger, jeder mit einem Zobelschwanz auf der Mütze. Ich weiss garnicht wie dieses Naturvolk, das im farbenlosen Norden lebt, zu so reizenden, farbenprächtigen Mustern und Stickereien kommt. . . .

Vermischtes.

— Der Senior der deutschen Laryngologen, Prof. Dr. Adalbert Tobold in Berlin, beging am 13. März n. St. fern von Berlin sein 50-jähriges Doktorjubiläum. — Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 78. Lebensjahre steht, erwarb die Doktorwürde bei der Berliner medizinischen Fakultät auf Grund einer die Resektion des Ellbogengelenkes betreffenden Arbeit, welche er seinem Vater, der ebenfalls Arzt war, und seinem Lehrer Professor B. v. Langenbeck, dessen Assistent er war, gewidmet hatte.

— Am 22. Februar feierte die St. Petersburger medizinische Gesellschaft in ihrer Jahresversammlung das 25-jährige Jubiläum der ärztlichen Thätigkeit ihres Präsidenten Prof. Dr. Woldemar Stange. Die Feier sollte eigentlich bereits im Dezember v. J. stattfinden, wurde aber damals wegen des Falles von Port-Arthur aufgeschoben. — Prof. St. ist Konsultant für Hydrotherapie und Heilgymnastik am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna und zugleich Dozent für physikalische Heilmethoden am weiblichen medizinischen Institut.

— Der ältere Arzt des Kinderhospitals des Prinzen Peter von Oldenburg, Staatsrat Dr. Dombrowski, ist als Oberarzt des St. Petersburger Börsenhospitals zum Andenken an Kaiser Alexander II. bestätigt worden.

Digitized by Google

— Der Arzt bei der Abteilung für ambulatorische Kranke am Kinderhospital des Prinzen Peter von Oldenburg, Staatsrat Dr. Peters, ist zum älteren Arzt dieses Hospitals ernannt worden.

— Zum stellv. Gouvernements-Medizinalinspektor von Olonez ist der bisherige Gehülfe, Staatsrat Dr. Stepanow, ernannt worden. An seine Stelle als Gehülfe des Olonezschen Medizinalinspektors tritt der ausseretatmässige jüngere Medizinalbeamte bei der Verwaltung des Obermedizinalinspektors, Dr. Swencicki.

— Der Privatdozent der Charkower Universität, Mag. zool. Bjeloussow, ist zum stellv. ausserordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der Zoologie, vergleichenden Anatomie und Physiologie ernannt worden.

— Für Auszeichnung im Kampfe gegen die Japaner ist dem Korpschirurgen des II. sibirischen Armeekorps, Staatsrat Dr. H. Asarewitsch, dem Brigadearzt der transbaikalischen Kosakenbrigade, Dr. A. Soroastrow, und dem Oberarzt des 7. mobilen Feldhospitals, Dr. K. Bentrowski — der St. Annen-Orden II. Klasse mit Schwertern verliehen worden.

— Der Leibchirurg Prof. emer. Dr. Eugen Pawlow wird, der «Now. Wremja» zufolge, auf Allerhöchsten Befehl auf den Kriegsschauplatz im Fernen Osten abkommandiert, um den gegenwärtigen Stand der Feldchirurgie in den Militärhospitälern und Lazaretten bei den Mandschurischen Armeen und im Rücken derselben kennen zu lernen.

— Auf dem Kriegsschauplatze im Fernen Osten ist der Oberarzt eines Schützenregiments Dr. Alexander Petlin kontusioniert worden, aber in der Front verblieben.

— Dass die seit Mitte Februar andauernden grossen Schlachten in der Mandschurei (um Mukden) wieder beispiellos viele Opfer gefordert und den Aerzten, sowie dem übrigen Sanitätspersonal fast übermenschliche Arbeit auferlegt haben, geht auch aus dem amtlichen Bericht des Oberkommandierenden der aktiven Armeen hervor, nach welchem in der Zeit vom 15.—28. Februar an Verwundeten 1379 Offiziere und 56,722 Untermilitärs vom Kriegsschauplatz evakuiert worden sind.

— Prof. Dr. Zoege v. Manteuffel meldete am 22. Februar Ihrer Majestät der Kaiserin Maria Feodorowna aus Mukden, dass er mit der Kolonne Ihrer Majestät in Tchosantung tätig gewesen ist und sich mit der Kolonne einstweilen zum rechten Flügel begiebt. Mit seltener Aufopferung hat die Kolonne unter dem Feuer gearbeitet und die Verwundeten aus dem Bereich der mörderischen Geschosse des Feindes gebracht. Vom Putilowhügel her wurden von der Kolonne 500 Verwundete transportiert.

— Das Evangelische Lazarett, in welchem am 16. Febr. nur 90 Verwundete sich befanden, hat eine Fliegende Kolonne ausgerüstet, die mit den Kosakenregimentern in die Mongolei abkommandiert worden ist. Die Führung dieser Kolonne, die aus 2 Sanitären, 4 Sanitätswagen und dem nötigen Hülfspersonal besteht, hat Dr. Kaegeler übernommen. Dr. Schäfer (Berlin) war auf den Positionen bei Mukden tätig.

— Im Livländischen Lazarett ist insofern einige Veränderung eingetreten, als der bisherige Oberarzt desselben Dr. W. Oettingen in den Dienst des Roten Kreuzes in Mukden übergegangen und an seine Stelle Dr. Vierhuff getreten ist, während zum Chirurgen des Lazaretts der frühere Chirurg der Kurländischen Sanitätskolonne Dr. Arnold Hildebrandt ernannt worden ist.

— Vom holländischen Feldlazarett wurde eine Abteilung mit Dr. Lieven, dem Studenten Riesenkampf und zwei Schwestern auf die Positionen zur Errichtung eines Verbandpunktes gesandt.

— Eine Anzahl Rigascher Aerzte (gegen 25), welche bereits früher nach einer Besichtigung vom Dienst befreit worden waren, wurden am 22. Februar von einer, unter dem Präsidium des Livländischen Gouverneurs stehenden Kommission, einer neuen Besichtigung unterzogen. Von ihnen wurden 5 als zum Kriegsdienst untauglich befunden, während die übrigen demnächst behufs einer nochmaligen Untersuchung einem Kriegshospital übergeben werden sollen. Zu diesen gehören u. a. die Doktoren H. Baron Krüdener, W. von Zur-Mühlen, P. Fahrbach, R. v. Sengbusch, F. Buchholz, A. Schabert, O. Suck, E. Johannson, X. v. Erdberg, A. v. Reisner, Th. Rolssenn, H. Knochenstiern, L. Blumenthal, N. Klimowitsch.

— Verstorben: 1) Am 21. Februar zu Lodz einer der ältesten Aerzte dieser Stadt, Dr. Gustav Altenberger, im Alter von 71 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher i. J. 1860 seine ärztliche Laufbahn begann, erfreute sich — wie eine örtliche Zeitung ihm nachrühmt — nicht nur durch seine langjährige Praxis in dieser Stadt grosser Popularität, sondern auch infolge der gewissenhaften Erfüllung seines Berufs und des liebenswürdigen Wesens im persönlichen und geselligen Verkehr, sowie wegen seines biederen Charakters bei jedermann der grössten Sympathie und Wertschätzung. Besondere Achtung genoss der Verstorbene aber auch unter seinen Berufskollegen ohne Unterschied der Nationalität und Konfession, da er stets regen Anteil an den Fortschritten der ärztlichen Wissenschaft und des Krankenhauswesens nahm. 2) Am 25. Februar in Ssumy der Oberarzt des dortigen Kadettenkorps, Staatsrat Dr. Heraklius Bunin, im 49. Lebensjahre. Die ärztliche Tätigkeit hat B. seit 1883 ausgeübt. 3) In Kowno der Ordinator am Hospitals des Kollegiums der Allg. Fürsorge und Arzt am Gymnasium in Kowno, Dr. Michael Lwow, im 44. Lebensjahre. Nach Absolvierung des Kursus an der Charkower Universität i. J. 1888, war L. anfangs Landarzt, siedelte aber bereits i. J. 1900 nach Kowno über, wo er die obengenannten Stellungen bis zu seinem Lebensende bekleidete. Trotz seiner 16-jährigen Praxis ist seine Frau ganz mittellos zurückgeblieben. 4) In Budapest der Privatdozent für Balneologie Dr. Hasenfeld, Badearzt in Franzensbad, im Alter von 68 Jahren.

— Zum Badearzt an der städtischen Seebadeanstalt in Libau ist vom Stadtamt Dr. O. Waeber gewählt worden. Die «Libausche Ztg.» spricht ihre Bedenken aus gegen das bei dieser Wahl des Stadtamtes hervortretende Prinzip, auf eine Persönlichkeit mehrere Aemter zu übertragen. Dr. Waeber ist nämlich zugleich auch städtischer Armenarzt, Impfarzt und Feuerwehrarzt.

— Für den vom 21.—24. März d. J. in Moskau in Aussicht genommenen Cholerakongress ist folgendes Programm für die Verhandlungen festgestellt: 1) Geschichte und Epidemiologie der Cholera. 2) Pathologie, Klinik und Behandlung der Cholera. 3) Bakteriologie der Cholera. Erkennung der ersten Erkrankungen und Desinfektion. 4) Vorbeugungsmassregeln gegen die Ausbreitungen der Cholera. 5) Organisation und Massregeln zur Bekämpfung der Cholera; laufende Statistik der Choleraerkrankungen in Städten, Dörfern, auf Fabriken. Eisenbahnen, Wasserwegen u. s. w. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 3 Rbl. Anmeldungen von Vorträgen mit Beifügung der Thesen werden baldmöglichst erbeten unter der Adresse: Москва, Арбатъ, Денежный переулокъ, д. 28, кв. 5.

— Das Exekutivkomité der Gesellschaft des Roten Kreuzes sucht, wie es der Livländischen Verwaltung des Roten Kreuzes mitgeteilt hat, Aerzte, welche bereit sind, sich in den Fernen Osten vom Roten Kreuz abkommandieren zu lassen, unter nachstehenden Bedingungen: 500 Rbl. für die Ausrüstung, monatliche Gage 350 Rbl. und 3 Rbl. täglich Reisegelder.

— Die Kurländische Verwaltung der russischen Gesellschat des Roten Kreuzes, welche zur Entsendung nach dem Fernen Osten die Formierung eines Sanitäts-Transports unter Leitung eines Arztes zur Beförderung der Verwundeten vom Schlachtfelde in die nächsten Lazarette oder Sanitätszüge begonnen hat, fordert die Herren Aerzte, welche sich um die bezeichnete Stellung bewerben wollen, auf, ein diesbezügliches Gesuch beim Vorsitzenden der Verwaltung, Stallmeister D. D. Sworbejew in Mitau, einzureichen.

— Gagierung der im Fernen Osten befindlichen städtischen Aerzte. Die St. Petersburger Stadtverwaltung hat im Hinblick auf die sehr bedeutenden Ausgaben, die den Städten dadurch entstehen, dass sie den auf den Kriegsschauplatz abdelegierten städtischen Aerzten die Gage nach wie vor auszahlen, bei der Verwaltung des Roten Kreuzes angefragt, welche Gage die in Rede stehenden Aerzte vom Roten Kreuz beziehen. Sollte es sich nun herausstellen, dass die den Aerzten vom Roten Kreuz gezahlten Gagen zum Unterhalt derselben ausreichen, so beabsichtigt die Stadtverwaltung ihrerseits die Gagierung dieser Aerzte einzustellen.

Nach Schluss der Redaktion erfahren wir gerüchtweise, dass Prof. Dr. Zoege v. Manteuffel mit seiner Kolonne beim Rückzuge in Huschitai (Eisenbahnstation ca. 20 Werst nördlich von Mukden) in japanische Gefangenschaft geraten ist. Ebenso soll Dr. W. v. Oettingen mit der von ihm geleiteten Abteilung des Roten Kreuzes in Mukden zurückgeblieben sein, wo, einem Telegramm des Generals Trepow aus Telin zufolge, zur Verpflegung der

Digitized by Google

zahlreichen Schwerverwundeten und Kranken auch das Kreuzerhöhungs-Hospital, das Livländische Lazarett und zwei fliegende Militärhospitäler, mit dem bisherigen stellvertredenden Hauptbevollmächtigten A. J. Gutschkow an der Spitze, verblieben sind.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. Febr. d. J. 10396 (119 mehr als in d Vorw.), darunter 1184 Typhus — (35 mehr). 934 Syphilis — (10 mehr), 272 Scharlach — (10 wen.), 102 Diphtherie — (3 wen.), 55 Masern — (7 wen.) und 20 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis zum 19. Februar 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	Im Ganzen: W.	Im Ganzen: Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
497	402	899	206	93	147	18	18	34	83	72	68	50	51	45	12	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 50, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 23, Scharlach 11, Diphtherie 19, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 4, Grippe 13, Katarrhalische Lungenentzündung 113, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberkulose der Lungen 104, Tuberkulose anderer Organe 26, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 65, Marasmus senilis 35, Krankheiten des Verdauungskanals 108, Totgeborene 41.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 8. März 1905.

Tagesordnung: Küttner: Beitrag zur Phlebotomiefrage (mit Krankenvorstellung).
Masing: Ueber eine seltne Sprachstörung (Krankengeschichte und Praeparat.)

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 14. März 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Ein sehr nützliches Produkt aus Cascara-Sagrada

„CASCARINE LEPRINCE"

$C^{12} H^{10} O^{5}$

Medizinische Akademie 12. Juli 1892.

Akademie d. Wissenschaften 1. April 1893 u. 3. Juli 1899.

Erprobt: bei gewöhnlicher Verstopfung, Leberleiden, als antiseptisches Mittel für die Verdauungsorgane; bei Atonie des Verdauungskanals, Verstopfung bei Schwangeren und mit der Brust Stillenden, und gegen Gallenstein.

Gewöhnliche Dosis in Pillen: 2 Pillen nach dem Essen oder zur Nacht vor dem Schlafengehen.

Haupt-Depot: 62, rue de la Tour, Paris. (32) 12—2.

Depot in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY

(4) 17—16.

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und andere Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

EISENACH.
KURANSTALT HAINSTEIN
NAHE DER WARTBURG
DAS GANZE JAHR GEÖFFNET
LEITENDER ARZT DR. HESS.

Digitized by Google

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Stypticin *anerkannt vorzügl. Haemostatikum, besonders bewährt bei Uterusblutungen. In Form von Substanz, Tabletten, Watte und Gaze.*

Veronal *ausgezeichnetes Hypnotikum ohne jegliche schädliche Nebenwirkung. In Dosen zu 0,25 bis 0,5 und bis 1 gr.* (11) 13—9.

Tropacocain *sehr beliebtes Anästhetikum. Besitzt d. anästhetischen Eigensch. d. Cocains ohne d. Nebenwirk. Die Lösungen sind sterilisierbar.*

BAD HALL (Oberösterreich).

Jodbrombad I. Ranges.

Aelteste und heilkräftigste Jodquelle in Europa.

Gegen **Frauenkrankheiten, Exsudate, chronische Entzündungen, Scrophulose, Syphilis erworbener oder ererbter Natur** und **deren Folgekrankheiten, Gicht, Rheumatismus** etc. etc.

Modernste Kurbehelfe. Auskünfte erteilt

(39) 6—2. die Badeverwaltung.

Duotal Duotal „Heyden", ein vollständig geruch- und geschmackloses Guajakol Präparat, enthält über 90 % gebundenes, im Körper sich abspaltendes, also wirksames Guajakol. Ohne jegliche Gift und Aetzwirkung; wird selbst von den empfindlichsten Patienten gern genommen und gut vertragen. Vorzügliches Mittel gegen **Lungen-Tuberkulose** und **chronische Katarrhe der Atmungsorgane. Darmantiseptikum** bei **Typhus** und **Enteritis.**

Duotal-Tabletten „Heyden" zu 0,3 und 0,5 g.

Salocreol Verbindung der wirksamen Bestandteile des Kreosots mit Salicylsäure. Zur äusserlichen Behandlung von **Muskel- und Gelenk-Rheumatismus, Arthritis deformans, Erysipelas, Lymphadenitiden** und **skrofulösen Drüsenanschwellungen.** Lokale Einreibungen oder Einpinselungen von 3 bis 15 g ein- oder mehrmals täglich, bis zu 30 g pro die.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (22) 10—3.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien. Prachtvolle, sonnige Lage, Ausführliche illustrierte Prospekte. **Friedrichroda** i. Thür.

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Kalte Seebäder. Temperatur des Wassers 15—16° R. Comfortabel eingerichtete Kurbadeanstalt und Kurhaus im Parke am Meere: Beginn der Saison **20. Mai,** Schluss derselben **20. August.** Verabfolgt werden. **Schlamm-, Moor-, Salz-, electrische-, Sand-, Kohlensaure-** und andere Heilbäder, **hydrotherapeutische und orthopädische Behandlung, Luft- und Lichtbäder.** Dieselben sind wirksam gegen **Herz- und Nervenerkrankungen,** Rheumatismus, zahlreiche chronische Krankheiten, Lähmungen, Bleichsucht, Skrofulose, Rhachitis. **Frauenleiden** und andere Krankheiten mehr. **Massage. Desinfizierte Wäsche. Täglich Musik. Keine Kurtaxe.** Weiterausgedehnte **Anlagen,** viele **Promenaden** am **Meere. Billiges Leben. Dampfer- und Eisenbahnverbindung.** Nähere Auskünfte, Prospecte und Quartiervermittelung **gratis** durch

(40) 6—1. die Badecommission.

Wasserheilanstalt Traunstein-Oberbayern

Sanatorium für Nervenkranke

Das ganze Jahr geöffnet. Leiter und Besitzer Dr. med. **G. Wolf.**

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. **Koeniger.**

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Zeitschrift für Krebsforschung.

Herausgegeben vom Komitee für Krebsforschung **zu Berlin, redigiert** von Prof. Dr. **D. v. Hansemann** und Prof. Dr. **George Meyer.**

III. Band. 1. Heft.

1905. gr. 8. Mit 3 Tafeln u. Textfig. 7 **M.**

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Tursan, Спасская **21, кв. 6.**
Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.
Lydia Duvan, Вас. Остр., 1 лин., д. 20 кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин., 68, кв. 96.
J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймоновской ул. д. 4. кв. 11.
Frau Minna Rieser, geb. **Franke.** Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.
Luitgart Heimberger, Вас. Остр., 6 лин., д. 29, кв. 13.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Дозв. ценз. Спб., 5 Марта 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

22 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14. zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

Infolge Erhöhung der Preise für Druckarbeiten sind wir genötigt die Insertionspreise vom 1. April 1905 an zu erhöhen und zwar von 16 auf 20 Kop. (von 35 auf 45 Pf.) pro Zeile der 3 mal gespaltenen Seite.

№ 10 St. Petersburg, den 12. (25.) März. **1905.**

Inhalt: Dr. med. E. von Vietinghoff-Scheel: Ein Jahr mechanotherapeutischer Behandlung in Pernau. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Brief aus Wiesbaden. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Dieser № liegt № 2 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.

Ein Jahr mechanotherapeutischer Behandlung in Pernau.

(Jahresbericht der im Januar 1904 gegründeten Heilanstalt für Mechanotherapie.)

Von

Dr. med. E. von Vietinghoff-Scheel.

Besitzer und Leiter der Anstalt.

Als ich im Spätherbst 1903 nach Pernau kam mit der Absicht eine mechanotherapeutische Heilanstalt daselbst einzurichten, wurde das Unternehmen a priori als etwas gewagt bezeichnet. Es gab im Publikum Stimmen genug, die nicht sehr ermutigend klangen. Andererseits fehlte es auch nicht an zustimmenden Urteilen und ausschlaggebend für die Verwirklichung der Idee war das entgegenkommende Verhalten der Pernauschen Stadtverwaltung, die sich bereit erklärte, zu dem Zwecke ein geeignetes Lokal in einem Seitenbau der städt. Badeanstalt einzurichten. Dieser aus einem Saal und 6 Nebenräumen bestehende Neubau wurde im April v. J. fertig und, da inzwischen auch die meisten Apparate beschafft waren [1]), konnte im Mai der volle Betrieb der Anstalt beginnen.

Nach erfolgter Konzession im Januar 1904 war die Anstalt provisorisch in zwei kleineren Räumen untergebracht und kann daher in diesen Tagen auf das erste Jahr ihrer Tätigkeit zurückblicken.

In welcher Weise hat sich nun die Anstalt betätigen können und was hat sie im ersten Jahre ihres Bestehens geleistet? — eine Frage, die häufig genug an mich herangetreten ist und die, so unwesentlich sie vielleicht erscheinen mag, in Anbetracht der Pionierarbeit, die ein Mechanotherapeut in unserer engeren Heimat zu verrichten hat, prinzipiell nicht ganz ohne Interesse ist.

1. Frequenz der Anstalt. — Im Jahre 1904 wurde die Anstalt von 115 Patienten besucht, von denen 66 einer längeren ambulatorischen Behandlung unterzogen wurden [2]).

Sieht man von den ersten Konsultationen und von den Besuchen zu Untersuchungszwecken ab, so sind im Laufe des Jahres an den 256 Tagen, an denen die Anstalt geöffnet war, im ganzen 2304 Besuche zu verzeichnen gewesen, was einen Jahresdurchschnitt von 9 Besuchen resp. Patienten täglich ausmacht. Auf die einzelnen Monate verteilen sich die Besuche sehr verschieden. Zunächst ist die sogen. stille Zeit, die Winterfrequenz zu berücksichtigen (1169 Besuche in 8—9 Monaten); ihr stehen die 3 Saisonmonate Juni, Juli, August mit nahezu ebensoviel Besuchen gegenüber (1135). Der bei weitem frequentierteste Monat war der Juli mit 515 Besuchen oder einem Durchschnitt von über 19 Besuchen täglich. Hierauf folgen der August mit fast 13 und der Juni mit rund 12 Besuchen täglich. Unter den Wintermonaten ist der am besten frequentierte der November mit gegen 9 Besuchen täglich gewesen. Hierauf folgen der Dezember mit mehr als 8, der September mit 8 und der Mai und Oktober mit durchschnittlich 7 Besuchen täglich. Geringer war die Zahl der Besuche im Januar und April (etw. über 5 Besuche täglich). Zuletzt kommen der März und der Februar mit der niedrigsten Frequenz (kaum 4 Besuche täglich).

[1]) Bezüglich der Einrichtung der Anstalt verweise ich auf das betr. Kapitel in der von Dr. med. S. Kroeger verfassten Brochüre «Kur- und Seebad Pernau» (1905). Ausserdem beabsichtige ich demnächst eine kleine Arbeit «Ueber die Ausstattung orthopädischer und heilgymnastischer Anstalten» zu veröffentlichen.

[2]) Von diesen wurden 16 als geheilt entlassen, in 42 Fällen ist eine Besserung erzielt worden und 8 Patienten verliessen die Anstalt ungebessert. Bei 17 Pat. wird die Behandlung fortgesetzt.

Digitized by Google

Aus diesen Zahlen ist eine steigende Frequenz ersichtlich. Während in den ersten 5 Monaten (Januar bis Mai) zusammen nur 510 Besuche täglich notiert werden konnten, war ihre Zahl in den 4 letzten Monaten des Jahres beträchtlich grösser (659). Die Sommerfrequenz, die in die Badesaison fällt, muss natürlich getrennt betrachtet werden und hätte von Ende Mai bis Anfang Juli beträchtlich grösser sein können.

Ausser der Zunahme der Frequenz ist als eine erfreuliche Erscheinung anzusehen, dass die Anstalt auf dem festen Wege ist, eine wirkliche Heilanstalt zu werden, also das, was von Anfang an in der Absicht des Begründers gelegen hat. Während man ihr besonders in der ersten Zeit nichts mehr als die Bedeutung einer Turngelegenheit für Sommergäste einräumen wollte, haben das Krankenmaterial, das ich weiter unten etwas sichten will, und die Tatsache, dass im letzten halben Jahr nur wirklich Kranke und Heilbedürftige sie aufgesucht haben, der Anstalt den rechten Weg einer gedeihlichen Entwickelung gewiesen — sie soll ausschliesslich Heilzwecken dienen. Die im Frühling v. J. auf Ansuchen eingerichteten hygienischen Turnkurse [3]), an denen 18 Damen in Gruppen sich beteiligten, wurden zwar bis zu Ende fortgeführt, sind aber aus Gründen, deren Erörterung nicht hierher gehört, definitiv aufgegeben worden. In Zukunft ist die Benutzung der heilgymnastischen Apparate nur auf ärztliche Verordnung und nach erfolgter ärztlicher Untersuchung zulässig.

2. Das in der Anstalt behandelte Krankenmaterial.

Als grösste Gruppe sind die in jeder orthopädischen Anstalt vorwiegend behandelten Skoliosen und habituellen Kyphosen resp. Haltungsanomalieen zu nennen (27 Fälle). Von den 17 Skoliosen waren 3 hochgradige, 6 mittleren Grades und 8 leichtere Formen; 7 Skoliosen kombiniert und 10 einseitig oder total. Von diesen 17 Skoliosen wurden 5 als geheilt entlassen und 6 gebessert. Bei den übrigen hatte die Behandlung zu kurze Zeit gedauert oder konnte nicht konsequent durchgeführt werden und in einem Fall wurde von einer Behandlung ganz abgesehen.

Die Zahl der übrigen behandelten Deformitäten ist gering, des Thorax (Hühnerbrust) und der Füsse (pes varo-equinus und pes planus) je 3.

Unter den Muskel-, Knochen- und Gelenkverletzungen und ihren Folgen (16 Fälle) sind vorwiegend Frakturen und nach Frakturen verbliebene Ankylosen und Bewegungshindernisse behandelt worden.

Rheumatische Erkrankungen waren 9, unter denen ein seltener Fall von chron. Gelenkrheumatismus bei einem 14-jährigen Mädchen [4]) das meiste Interesse beanspruchte und mit Erfolg weiter behandelt wird. Ferner sind im Buch verzeichnet 8 tuberkulöse Gelenkerkrankungen (Coxitis, Spondylitis und Gonitis) und 2 gonorrhoische Gonitiden. Auffallend gering ist die Zahl der mechanotherapeutisch behandelten Herz- und Lungenkrankheiten (4) und der Digestionsstörungen (3).

Rhachitis und ihre Folgen, Adipositas, Diabetes mellitus, Anaemie — zusammen 11 Fälle. Relativ zahlreich waren die Nervenkrankheiten und nervösen Erscheinungen. Ausser den 7 Fällen von Lähmungen nach Apoplexie und anderen Gehirn- und Rückenmarkerkrankungen wurden 13 Neurasthenische und Hysterische, 8 Neuralgien und Alkoholismus behandelt. Schliesslich möchte ich noch einen Pat. mit progressiver Muskelatrophie (einseitige totale Atrophie der beiden M. M. pectorales), der nach 4 wöchentlicher Behandlung gekräftigt entlassen werden konnte, besonders erwähnen.

Die Zahl der für die Patienten angefertigten orthopädischen Stützapparate (Beinschienen, Gehapparate, Gipsbetten, Korsets und Geradehalter) betrug 14. In allen Fällen handelte es sich um einfachere und billigere Vorrichtungen.

Das wäre das Wesentliche des Anstaltsberichts. Selbstverständlich können sich die bescheidenen Daten nicht mit dem Jahresresultat einer jahrelang bestehenden oder in einer Grosstadt errichteten Anstalt dieser Art messen. Weder die Frequenz, noch die Vielseitigkeit des Krankenmaterials noch die Leistungen sind auch nur annähernd dieselben. Sie entsprechen vielmehr den Verhältnissen eines Badeorts, der erst im Werden begriffen ist und einer Kleinstadt, die trotz ihrer Fabriken und Schulen ein relativ geringes Krankenmaterial zu liefern vermag. Berücksichtigt man ferner, dass die Mechanotherapie als Heilmittel bei uns noch wenig bekannt ist und ihr die Grenzen der Betätigung vielfach zu eng gezogen werden, so wird man das Resultat des ersten Jahres immerhin als befriedigend bezeichnen müssen. Jedenfalls kann die Anstalt mit etwas mehr Zuversicht der Zukunft entgegensehen als vor Jahresfrist.

[3]) Die Teilnehmer dieser Kurse sind nicht gebucht und ihre Besuche im Jahresberichte nicht berücksichtigt worden.

[4]) Henoch hat nur 5 Fälle von chronischem Gelenkrheumatismus bei Kindern beobachtet. — (Vgl. «Vorlesungen über Kinderkrankheiten». Berlin 1899, pag. 830). Ein Fall, dessen Krankengeschichte er kurz mitteilt, hat entschieden Aehnlichkeit mit dem in meiner Anstalt behandelten.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1400. Sitzung v. 17. März 1904.

1. Dr. L. Schönfeldt demonstriert einen Fall von Serratuslähmung post partum.

Bei der Durchsicht der Literatur findet man nur ganz vereinzelte Fälle von Serratuslähmung, die in einem ätiologischen Zusammenhang zur Geburt stehen. Gowers berichtet über einen Fall, der 4 Tage nach der Geburt entstanden war, und von ihm als Folge lokaler Muskelanstrengung aufgefasst wurde.

Weber und Oppenheim beobachteten je einen Fall. Der vom Referenten beobachtete Fall betrifft eine 32-jährige Erstgebärende, die wenige Stunden nach einer überaus schweren, protrahierten Geburt eine Funktionsbehinderung im rechten Arm verspürte. Pat. stammt aus gesunder Familie; Eltern und Geschwister leben. In der Kindheit hat sie Masern gehabt, sonst ist sie nie krank gewesen; sie ist mittelgross, von kräftigem Knochenbau und gutentwickelter Muskulatur.

Die Wehen traten am 6. August abends ein und dauerten ca. 40 Stunden fast ununterbrochen an, ohne dass ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde. Pat. schildert in durchaus glaubwürdiger Weise — die nachträglich zur Geburt hinzugezogenen Kollegen bestätigten ihre Angaben — wie sie mit allergrösster Kraftentfaltung stundenlang bald die Bauchpresse anwandte, bald das Becken fixierte, indem die ausgestreckten Arme krampfhaft den Bettrand umklammerten, wobei sie in halbsitzender Stellung den Oberkörper hin- und herbewegte. Bei der Aufforderung diese Bewegung zu wiederholen, kann man sich von der starken Inanspruchnahme der Schultermuskulatur überzeugen. Die Geburt endete am 3. Tage Abends spontan — eine Indikation zur Anlegung der Zange lag nicht vor. Obgleich die Bewegungsbehinderung von der Pat. bereits nach wenigen Stunden bemerkt wurde, so sollen Schmerzen und zwar in der rechten Schulter, im Nacken und Arm erst am 4. Tage post partum aufgetreten sein.

Das Wochenbett verlief normal. Im November 1903 stellte sich Pat. vor. Bis auf den Lokalbefund sind keine nachweisbaren Veränderungen der Organe zu konstatieren. — In der Ruhe ist die gleichhohe rechte Scapula der Wirbelsäule genähert, und zwar der untere Winkel $1^1/_2$ cm. mehr als der obere; die rechte fossa supraspinata zeigt eine ganz geringe Abflachung, sonst nirgends Contourveränderungen oder Atro-

phien. Bei der Abduktion der Arme bis 90°, rückt die Scapula fast an die Wirbelsäule heran und schiebt einen Muskelwulst vor. Bei der Bewegung des horizontal erhobenen Armes aus der Frontal- in die Sagittalebene springt die Scapula flügelförmig vor, stellt sich nahezu senkrecht zum Rumpf und ermöglicht somit das Abtasten fast ihrer ganzen Innenfläche. Die Erhebung des Armes bis zur Vertikalen gelingt nur bis c. 120°, bei Fixation der Scapula gelingt sie mit einiger Anstrengung fast ganz. Die Sensibilität zeigt nirgends nachweisbare Veränderungen. Die indirekte farad. Erregb. des nerv. thoracic. long. und die direkte der Serratuszacken ist erloschen, galvanisch lässt sich eine starke Herabsetzung der Reaktion nachweisen — doch ist die träge Zuckung nicht einwandsfrei festzustellen. Die Funktion der Nachbarmuskeln, speziell des m. Cucullaris, ist in keiner Weise gestört, ebenso lässt sich nirgends sonst eine Veränderung der elektr. Erregbarkeit nachweisen. Bekanntlich spielt das Trauma sowohl infolge direkter Verletzung des Nerven, als auch durch indirekte Einwirkung bei seinem Verlauf durch den musc. scalenus eine wesentliche Rolle in der Aetiologie der Serratuslähmung. Auch die lokale Muskelanstrengung, sei es in der Berufsarbeit (Seiler, Maler, Schmied) oder bei einmaliger starker Inanspruchnahme, wird von den meisten Autoren als häufige Ursache einer Mononeuritis des nerv. thoracic. aufgefasst. In diesem Falle lässt sich durch das zeitliche Zusammenfallen der Lähmung mit der unter grösster Kraftentfaltung einhergehenden lokalen Muskelanspannung der ätiologische Zusammenhang unschwer erkennen. Der durch die Gravidität und Geburt geschwächte Organismus dürfte infolge verminderter Ersatzfähigkeit der Gewebe die Entstehung des Krankheitsprozesses gefördert haben.

(Autoreferat).

Dr. Ed. Schwarz fragt Vortragenden, wie er sich den Mechanismus der Muskelläsion während der Geburt vorstelle?

Dr. L. Schönfeldt beschreibt, wie sich Pat. 2 mal 24 St. hindurch in halbsitzender Stellung fast ununterbrochen mit ihren Armen an das Bettgestell angeklammert habe. Dadurch seien die Schultermuskeln hochgradig in Anspruch genommen worden.

Dr. Ed. Schwarz: Auch die Mm. supra- und infraspinati scheinen rechts abgeflacht, vielleicht auch sogar linkerseits der Norm gegenüber etwas reduziert.

Danach würde es sich nicht um alleinige Serratuslähmung handeln; man könnte eher an eine Polyneuritis post partum denken.

Dr. M. Schönfeldt: Trotz der genauesten Untersuchung hätten sich linkerseits keinerlei Abweichungen von der Norm nachweisen lassen. Redner hält die Lähmung des rechten Serratus auch für das Produkt eines neuritischen, aber lokalisierten Prozesses, und nimmt an, dass die Gravidität eine gewisse allgemeine Schwäche des Nervensystems vorbereitet habe; die übermässige Inanspruchnahme eines Muskels habe dann zu einer entspr. Neuritis mit nachfolgender Lähmung geführt.

Die Erkrankung des gerade beim Partus schwer beteiligten Nerven spreche doch entschieden für einen ätiologischen Zusammenhang.

Als Analogie führt Redner die Beobachtung an, dass z. B. Alkoholiker nicht selten bei ganz unscheinbaren Gelegenheiten wie Zeitunglesen, wobei sie einen Arm auf die Stuhllehne stützen, Drucklähmungen davontrügen. Auch hier hatte der Alkoholismus eine allgemeine Schwäche des Nervensystems vorbereitet, während der an sich unbedeutende Druck auf den Nerven nur als Gelegenheitsursache einwirkte.

Dr. Voss bezweifelt die Bedeutung der Ueberanstrengung für das Zustandekommen einer Lähmung. Bei Sportsleuten, wie Athleten, Radfahrern etc., die sich öfters Ueberanstrengungen aussetzen, kämen Lähmungen doch kaum vor. Er nimmt daher an, dass gewisse toxische Momente, wie sie etwa durch Puerperalfieber gesetzt würden, hier mitgespielt haben müssten.

Dr. L. Schönfeldt erwidert Dr. Schwarz, dass sich eine Mitbeteiligung der Mm. supra- und infraspinatus wohl kaum nachweisen lassen könne, da genannte Mm. doch vom Cucullaris verdeckt würden. Eine gewisse Atrophie des letzteren sei allerdings vorhanden und auch bereits im Vortrage berücksichtigt worden. Das Auftreten von Muskellähmungen nach einmaliger Ueberanstrengung werde am besten illustriert durch eine Arbeit von Steinhausen, die eine Lähmungsstatistik im preuss. Militär vorführt.

Es handelt sich dabei unter anderem um Fälle übermässiger Zerrung des Armes durch den Zügel eines wild gewordenen Pferdes, und den Druck des Tornisters etc.

Der heutige Fall sei entschieden zu akut aufgetreten, um etwa auf infektiöser Grundlage entstanden sein zu können.

Dr. Thilo hat wiederholt bei Sportsleuten Lähmungen durch Ueberanstrengungen erlebt. In den Fällen handelte es sich stets um Zerreissung der Muskeln mit nachfolgender Funktionsstörung.

Könnte in dem heutigen Falle nicht das Gleiche vorgelegen haben?

Dr. Voss hat solche Zerreisssungen auch zuweilen beim Kegelspiel beobachtet. Doch böten solche Fälle ein ganz anderes Bild, als der heute vorgeführte. Dort handle es sich immer um nachweisbaren Bluterguss, um Schwellungen, nie aber um eigentliche Lähmung.

Nach Heilung des Risses trete wieder die normale Funktion ein, höchstens handle es sich noch um Narbenkontrakturen.

Dr. Thilo: Wenn es sich um dickere Mm. wie Gastrocnemius etc. handelt, so sei wegen unvollständiger Zerreissung eine Restitutio ad integrum allerdings das Gewöhnliche. Bei dünnen aber sei das anders; da käme es zu völliger Kontinuitätstrennung, und daher leicht zu bleibender Funktionsstörung.

Dr. Ed. Schwarz: Dass die Ueberanstrengung für das Zustandekommen von Lähmungen eine grosse Rolle spielt, sei gewiss. So käme es nicht selten zu isolierten Lähmungen der Scaleni; ebenso seien Fälle von alleiniger Serratuslähmung z. B. bei Mähern beschrieben werden,

Da aber auch andererseits bei einer Polyneuritis die Ueberanstrengung gewisser Muskeln auf die Lokalisation bestimmend wirke, und in dem heutigen Fall ein disponierendes Moment in der vorausgegangenen Gravidität erblickt werden könne, so dürfe die Möglichkeit einer Polyneuritis in Hinblick auf ihre prognostisch weit günstigere Bedeutung jedenfalls nicht ausser Acht gelassen werden.

Dr. Schönfeldt bemerkt zu der von Dr. Voss betonten Seltenheit der Lähmungen bei Sportsleuten, dass die Autoren gerade auf die isolierte Ueberanstrengung eines Muskels Gewicht legen. Der Athlet z. B. wechsele bei seinen Kraftleistungen fast in jedem Augenblick die in Aktion tretenden Muskeln, ähnlich sei es auch bei den anderen Sportszweigen. Dadurch werde die Kraftleistung zweckmässig verteilt.

Was die Möglichkeit einer Muskelzerreissung betrifft, so sei die wegen Fehlens jeglicher Schmerzen hier ganz ausgeschlossen.

Dr. L. Schönfeldt: Obgleich sich gegen die theoretischen Auseinandersetzungen Dr. Ed. Schwarz' nichts einwenden lasse, so müsse er dennoch bei seiner Auffassung verharren, denn 1) sei nach den Autoren eine einmalige Ueberanstrengung des Muskels, wie etwa bei Soldaten, Seilern, Streichern, etc. für dessen nachträgliche Lähmung schon allein verantwortlich zu machen, 2) fehlen im vorliegenden Falle alle Hinweise auf das Bestehen einer Polyneuritis. Eher wolle er eine traumatische Neuritis gelten lassen. Durch Anerkennung der Auffassung Dr. Schwarz' würde unsere ganze Vorstellung vom Wesen der Polyneuritis verschoben werden.

Dr. Voss bemerkt zu den vom Vortragenden angeführten Analogien, dass es sich beim Druck eines Tornisters doch um keine einmalige, sondern fortlaufende Schädigung handle, dass ferner bei Zerrung eines Armes doch eher die mechanische Verletzung eines Nerven mitgespielt haben könne.

Dr. L. Schönfeldt stützt sich auf die Literatur, die die Lähmung eines nur einmal überangestrengten Muskels anerkenne.

Dr. Stender: Edinger hat Nervendegenerationen nach Ueberanstrengung experimentell bei Ratten nachgewiesen.

Andererseits könne das Puerperium, analog der Diphtherie, dem Typhus etc., Lähmungen erzeugen.

Es wäre wohl denkbar, dass im Schönfeldt'schen Falle beide Momente zusammengewirkt hätten.

2. Dr. O. Brehm (als Gast) hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Darmverschluss durch Processus vermiformis und Meckelsches Divertikel».

Vortragender stellt 2 Fälle von Darmocclusion vor, von denen die eine durch ein entzündetes Divertik. Meckelii, die andere durch die entzündete Appendix hervorgerufen war. Das Interessante ist in beiden Fällen die Kombination von akuten Entzündungsvorgängen mit dem mechanischen Darmverschluss, wodurch überaus komplizierte Krankheitsbilder resultieren.

(Der Vortrag ist in der St. Petersburg. med. Wochenschr. 1904, № 24 abgedruckt).

Dr. Mey fragt Vortragenden bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Invagination und Occlusion durch Meckelsches Divertikel. Ob blutig-schleimige Stühle bei allen Formen der Invagination fehlen können? Früher galt dieses Symptom als diagnostisch sehr wichtig.

Dr. Brehm: Blutige Durchfälle können bei allen Formen der Invagination vermisst werden, sie kämen andererseits wieder beim Divertikel gelegentlich vor.

Die Diagnose werde nach dem fühlbaren Tumor gestellt. Für diese wichtig sei auch das seltene Vorkommen eines Divertikels. d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

Brief aus Wiesbaden*).

Von Wiesbadener Institutionen, welche für medizinische Leser Interesse haben, dürfte wohl an erster Stelle das kürzlich hier gegründete «Cäsarewitsch-Heim», über dessen Einweihung bereits kurz berichtet wurde, Erwähnung finden. Es handelt sich dabei um keine staatliche oder städtische Gründung, sondern um eine Stiftung, welche durch hiesige angesehene Bürger aus Privatmitteln zustande gekommen ist. Die Anstalt ist vor allem dazu bestimmt, russischen Offizieren, die im Kriege verwundet oder erkrankt waren und deren Zustand eine Nachbehandlung in Wiesbaden wünschenswert erscheinen lässt, alle Vorteile unserer Bäderstadt zu gewähren, bei freier Verpflegung und freier ärztlicher Behandlung. Zu diesem Zwecke ist in einer der ruhigsten Gartenstrassen unserer Stadt eine grosse, allen modernen hygienischen Anforderungen entsprechende Villa als ein behagliches und wohnliches Sanatorium für 10 Betten eingerichtet worden. Professor von Noorden in Frankfurt a/M. hatte die Freundlichkeit seine Kräfte als konsultierender Arzt in den Dienst der guten Sache zu stellen, während dem Unterzeichneten die Obliegenheiten des dirigierenden und Hausarztes der Anstalt übertragen wurden. Von Dr. Möller, einem hiesigen schwedischen Spezialisten für Massage und Heilgymnastik, ist ein grosser Raum der Anstalt mit allen modernen, für diese Disziplin notwendigen Apparaten in sehr schöner Weise ausgestattet worden, so dass alle Wohltaten dieser gerade für Nachbehandlung von Schussverletzungen so wichtigen Heilmethoden den Patienten in zuverlässigster Art geboten werden können.

Als ersten dieser Patienten hatten wir die Freude einen russischen Reiteroffizier aufnehmen zu können, der sich während des Krieges mehrfach ausgezeichnet hatte, besonders am 14. Juni vorigen Jahres in einem Vorpostengefecht bei Seujutschen, für welches ihm später der Tapferkeitssäbel verliehen wurde. Es war dies der Kornet Alfred Meier von der 13. Uralsotnie der Transamurischen Grenzreiter, der nach einer längeren Hospitalbehandlung in Charbin von der Kaiserin-Mutter in Petersburg in Audienz empfangen und von dieser persönlich unserer Anstalt zur Nachbehandlung überwiesen wurde. Die grosse Durchschlagskraft der modernen Feuerwaffen hatte sich auch bei ihm gezeigt, indem eine japanische Gewehrkugel, die durch seinen rechten Oberschenkel oberhalb der Patella gegangen war und den Knochen nur gestreift hatte, (wie wir durch die Röntgen-Aufnahme feststellen konnten) dennoch eine lang dauernde Gebrauchsunfähigkeit des Beines und eine hartnäckige Bursitis praepatellaris zur Folge hatte. Die beiden kleinen Wunden selbst dagegen waren per primam intentionem geheilt, obwohl der Patient stundenlang unter seinem Pferde gelegen und noch viel später den ersten Verband erhalten hatte. Trotz der hartnäckigen ödematösen Schwellung der Weichteile konnten wir ihn aber nach mehrwöchiger Bäder- und Massagekur mit fast normaler Gehfähigkeit entlassen.

Von anderen, in ärztlicher Beziehung wichtigen Begebenheiten in unserer Stadt müssen besonders die «ärztlichen Fortbildungskurse» erwähnt werden, welche jetzt in den Wintermonaten in allen grösseren deutschen Städten stattfinden. Sie werden von einem Zentralkomité in Berlin organisiert und sollen durch abwechselnde Vorträge aus allen Gebieten der wissenschaftlichen wie praktischen Medizin den Aerzten eine leichte Uebersicht über die neueren Anschauungen und Errungenschaften in den verschiedenen Disziplinen unserer jetzt so weit verzweigten Wissenschaft geben. So werden in diesem Winter bei uns von einigen unserer Spezialärzte übersichtliche Vorträge gehalten über allgemein interessierende Kapitel aus der Kinderheilkunde, der Urologie, Gynäkologie, Psychiatrie u. s. w. Daneben haben wir von Fachleuten gehaltene Vorlesungen über bakteriologische und chemische Themata, welche für den praktischen Arzt von Interesse sind, und vor allem Demonstrationen in unserem städtischen Krankenhause, welches über ein recht ansehnliches Material verfügt, seitdem unsere Stadt die stattliche Zahl von 100,000 Einwohnern mit der Schnelligkeit eines beinahe amerikanischen Wachstums erreicht hat. Dadurch ist uns endlich auch die langersehnte Wohltat eines neuen, den modernen Anforderungen entsprechenden pathologisch-anatomischen Institutes erwachsen, welches unter der Leitung von Dr. Herxheimer steht, eines jungen, aber in der Wissenschaft schon recht bekannten Gelehrten und Schülers des leider nur zu früh verstorbenen Prof. Weigert in Frankfurt a/M. Besonders die jetzt alljährlich stattfindenden pathologisch-anatomischen Demonstrationen sind es, welche, vermöge der Wichtigkeit des Gegenstandes für jeden wissenschaftlich strebenden Arzt, stets eine ausserordentlich starke und aufmerksame Zuhörerschaft finden. Aber auch alle anderen Vorträge unserer jetzt seit 4 Jahren bestehenden «ärztlichen Fortbildungskurse» erfreuen sich eines zahlreichen und dankbaren Auditoriums und zeugen von der Fruchtbarkeit der Idee, durch derartige, für die Zuhörer natürlich völlig kostenlose Einrichtungen der überhand nehmenden Zersplitterung des ärztlichen Wissens durch das heutige Spezialistentum entgegenzuwirken und dem Einzelnen die Möglichkeit des allgemeinen Ueberblickes über das Ganze unserer so weit verzweigten Wissenschaft und Kunst zu gewähren.

Von besonderem sozialen Interesse dürfte für die russischen Kollegen eine ganz andere Zwecke verfolgende ärztliche Organisation sein, die in unserer Stadt wie in ganz Deutschland für die wirtschaftlichen Verhältnisse unseres Standes die grösste Bedeutung gewonnen hat. Es ist dies der jetzt ca. 15.000 Aerzte zu seinen Mitgliedern zählende «Leipziger Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen». Er verdankt seine Entstehung der ausserordentlichen Initiative des Dr. Hartmann in Leipzig, der vor einigen Jahren unter recht geringer Beteiligung diesen Verband ins Leben rief, der jetzt, dank der ungewöhnlichen Energie und hinreissenden Beredsamkeit seines Gründers, die Hälfte sämmtlicher deutscher Aerzte in sich vereinigt. Der Verband diente zunächst als ein unentbehrliches Kamptorgan gegen die überhand nehmende Vergewaltigung der Aerzte seitens der Krankenkassen. Zwar suchten schon seit langen Jahren sozial und gerecht denkende Aerzte die bei den Kassen herrschende Nepotenwirtschaft, die einigen Protegierten gut dotirte Stellen einbrachte und Hunderttausende von gesetzlich versicherten Arbeitern zwang, sich an bestimmte, ihnen häufig ganz unsympathische Aerzte zu wenden, abzuschaffen, doch blieb das nur ein pium desiderium, so lange wir Aerzte nicht die Macht in Händen hatten, um den wohl organisierten und meist auf das Parteiprogramm der Sozialdemokratie vereidigten Vorständen der Krankenkassen nicht nur mit Worten, sondern auch mit Taten entgegenzutreten. Dieses Machtmittel wurde uns erst mit der Gründung des Leipziger Verbandes gegeben, dessen Schöpfer die alte Wahrheit des Wortes «Einigkeit macht stark» erkannt und zu gleicher Zeit begriffen hatte, dass heutzutage die Einigkeit nur dann Wert hat, wenn der Geldbeutel hinter ihr steht. Da nun, abgesehn von besonderen, teilweise sehr beträchtlichen Stiftungen, der Verband jetzt über eine jährliche regelmässige Beitragssumme von ca. 300,000 M. seitens seiner ständigen Mitglieder verfügt, so ist er ein gewaltiges Machtmittel geworden, um seiner Hauptforderung, der «freien Aerztewahl», d. h. der Freigebung sämmtlicher Krankenkassen in Deutschland für sämmtliche Aerzte Deutschlands, den gehörigen Nachdruck zu verleihen. Namentlich die grossen und mächtigen Krankenkassen, die mehrere hunderttausend Mitglieder in sich vereinigen, wie z. B. die gemeinsamen Ortskrankenkassen in Köln und in Leipzig, weigerten sich entschieden, die gewohnte, fast unumschränkte Herrschaft über einige, von ihnen ausgewählte Aerzte aufzugeben und die gerechten Forderungen der Gesamtheit der deutschen Aerzte anzuerkennen. So kam es zu den grossen, monatelang dauernden Kämpfen zwischen Aerzten und Krankenkassen — Vorständen, — Kämpfe, die auf beiden Seiten mit leidenschaftlicher Erregung geführt wurden und in der Tagespresse aller Schattierungen ihr Echo fanden. Wenn dabei die Aerzte durch regelrecht organisierte und anderen Arbeiterverbänden nachgeahmte Streiks in vielen Städten Deutschlands der humanen und sozial wichtigen Idee der «freien Aerztewahl» für das arbeitende Volk wie für den reichen Mann zum Siege verholfen haben, so war das — abgesehn von der sonstigen werktätigen Mitarbeit des «Leipziger Verbandes» auf diesem Gebiete — vor allem der Streike-Kasse desselben zu verdanken, d. h. den oben erwähnten grossen Geldsummen, die ein Aushalten des Ausstandes in den meisten Fällen überhaupt ermöglichten. Man muss sich dabei vergegenwärtigen, dass in vielen deutschen Städten hunderte von Aerzten bisher ausschliesslich von Kassenpraxis existiert haben und dass diese durch Teilnahme an den Aerztestreiks, die ihnen ihr Standes- und Ehrgefühl gebot, brotlos geworden wären, wenn der Fonds des «Leipziger Verbandes» nicht existiert hätte.

Dieser Organisation haben wir es auch hier in Wiesbaden zu verdanken, dass wir in diesem Jahre die freie Aerztewahl ohne ernstlichen Widerstand und ohne Schädigung einzelner Existenzen bei uns einführen konnten. Es hatte sich bei uns eine sehr rührige Sektion des Leipziger Verbandes gebildet, welche den hiesigen Kassenvorständen, nach den Erfahrungen in anderen Städten, einen Kampf gegen die berechtigten Forderungen der Aerzte aussichtslos erscheinen liess. Für die Allgemeinheit der hiesigen Kollegen bedeutet die diesjährige Errungenschaft einen grossen wirtschaftlichen Fortschritt, denn wir haben hier wohl an 30.000 in Krankenkassen versicherte Menschen, ein Kontingent, welches bis zu diesem Jahre für eine verhältnismässig geringe Anzahl besonders vom Glück begünstigter Aerzte

*) Eingegangen 1. (14.) März c. (d. Red.)

Digitized by Google

reserviert blieb. Darunter mussten insbesondere die jüngeren, wirtschaftlich am schwächsten gestellten Kollegen leiden, denn die wohlhabenden Kreise suchen sich natürlich die älteren und bekannteren Aerzte aus, so dass für die vielen Anfänger, die nicht durch Glück oder Protektion Kassenärzte geworden waren, kaum eine Klientel übrig blieb. Diese ungerechten und anti-sozialen Verhältnisse sind nun auch in unserer Stadt, hauptsächlich durch die unermüdliche Agitation des Leipziger Verbandes, definitiv beseitigt worden.

Ueber die andere vielseitige Tätigkeit dieses Bundes zur Hebung der wirtschaftlichen Interessen unseres Standes hoffe ich in einem zweiten Briefe berichten zu können.

A. K. Prüssian (Wiesbaden).

Vermischtes.

— Zum älteren Arzt der chirurgischen Abteilung des hiesigen Kinderhospitals des Prinzen Peter von Oldenburg ist, an Dr. Dombrowski's Stelle, wie wir hören, der Ordinator dieses Hospitals Dr. Ed. Heuking ernannt worden, der gegenwärtig noch als Leiter einer fliegenden Sanitätskolonne auf dem Kriegsschauplatze weilt.

— Der Konsultant bei den St. Peterbuurger Lehranstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrat Dr. Tscherepnin, ist zum medizinischen Kurator des mediko-philanthropischen Komitees ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Zum stellv. Gouvernements-Medizinalinspektor von Saratow ist der bisherige Gehülfe desselben, Staatsrat Dr. Wigura, ernannt worden.

— Der Prof. extraord. der Moskauer Universität, Dr. Rein, ist als Konsultant für Chirurgie bei den Moskauer Lehranstalten des Ressorts der Kaiserin Maria angestellt worden.

— Die ausserordentlichen Professoren der Warschauer Universität Dr. Nesnamow und Dr. Kusnezow sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden, ersterer — auf dem Lehrstuhl der Augenheilkunde, letzterer — auf dem Lehrstuhl der Chirurgie.

— Der Privatdozent und Prosektorgehülfe der Charkower Universität Dr. Penski ist zum ausserordentlichen Professor der operativen Chirurgie ernannt worden.

— Der bekannte Kliniker Dr. Friedrich Schultze, Direktor der medizinischen Klinik in Bonn, beging am 13. März n. St. sein 25-jähriges Jubiläum als Professor. — Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 57. Lebensjahre steht, wurde 1871 zum Doktor medicinae in Heidelberg promoviert, habilitierte sich 1876 dort als Privatdozent und wurde 1880 zum Extraordinarius ernannt. 1887 folgte er einem Ruf als Prof. ord. der speziellen Pathologie und Therapie und Direktor der medizinischen Klinik an die Dorpater Universität, von wo er aber schon nach einem Jahr nach Bonn berufen wurde. Von seinen zahlreichen Arbeiten nennen wir hier nur sein Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Seit 1891 ist Prof. Schulze auch Mitherausgeber der deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde.

— Zu Ehren des Erfinders des Kehlkopfspiegels Manuel Garcia fand aus Anlass seines 100. Geburtstages am 4/17. März in London eine Feier statt, auf welcher dem Jubilar mehrere Orden und von vielen gelehrten Gesellschaften Adressen überreicht wurden. U. a. verlas Prof. Fränkel — Berlin ein Glückwunschschreiben des deutschen Kaisers, der Garcia die goldene Medaille für Kunst und Wissenschaft verliehen hat.

— Verstorben: 1) In St. Petersburg am 28. Februar Dr. Walter Scott Murray im 73. Lebensjahre, welcher hier fast 50 Jahre als Arzt tätig gewesen ist. Der Hingeschiedene war Schottländer von Geburt, hatte aber seine Erziehung und medizinische Ausbildung in St. Petersburg erhalten. Nach Absolvierung des Kursus der mediko-chirurgischen Akademie i. J. 1856, bekleidete M. verschiedene ärztliche Stellungen: am Udelnaja-Krankenhause, am ausserstädtischen Hospital und am Gymnasium der philanthropischen Gesellschaft, und erfreute sich einer ausgebreiteten Privatpraxis. Er beschäftigte sich auch viel mit Hygiene und ist der Erfinder eines in allen Kasernen eingeführten Ventilators, der ihm den Allerhöchsten Dank eintrug. 2) In Nauheim der Saratowsche Gouvernements-Medizinalinspektor, Staatsrat Dr. Heinrich Schmid, im Alter von 48 Jahren. Seine ärztliche Tätigkeit begann der Verstorbene i. J. 1880 in Schadrinsk, war dann Fabrikarzt im Gouv. Perm und seit mehr als 10 Jahren Medizinalinspektor in Saratow, wo er zugleich als Arzt an einem Kinderasyl und dem geistlichen Seminar fungierte. 3) Am 24. Aprill in Kiew einer der verdientesten russischen Ophthalmologen, Prof. Dr. Andreas Chodin, im 58. Lebensjahre. Seit 1871 als Arzt tätig, gehörte der Verstorbene zu den ältesten Professoren der medizinischen Fakultät der Kiewer Universität, an welcher er gegen 25 Jahre die ophthalmologische Klinik geleitet hat. Als Schriftsteller in seinem Spezialfach ist er sehr fruchtbar gewesen, wir erinnern nur an seine «Bestimmung der Simulation von Blindheit und Sehschwäche», welche bereits i. J. 1878 erschien, seine «Praktische Ophthalmologie» für Aerzte und Studierende, seine «Ophthalmoskopie», seinen «Kursus der Augenoperationen». Das grösste Verdienst hat sich der Verstorbene jedoch durch die von ihm begründete und viele Jahre auch von ihm allein redigierte russische Zeitschrift für Ophthalmologie («Westnik Oftalmologii») erworben, welche er erst im vorigen Jahre wegen zunehmender Kränklichkeit anderen Händen zu übergeben sich genötigt sah. 4) In Port Arthur, wie erst jetzt bekannt geworden, Anfang November 1904 der jüngere Arzt des 5. ostsib. Schützenregiments, Dr. Nikolai Stratilatow, der vor dem Kriege Arzt eines Inf.-Regiments in Lowitsch war, im 34. Lebensjahre nach 10 jähriger ärztlicher Tätigkeit. 5) In Glasgow der Professor der Medizin an Andersons College Medical School daselbst, Dr. R. Thomson. 6) Am 13. März n. St. der seit 1874 als Professor und Direktor der Augenklinik an der dortigen Universität wirkende Ministerialrat Dr. Wilh. Schulek an Apoplexie im 62. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher auch Mitglied der ungarischen Akademie der Wissenschaften war, erfreute sich grosser Beliebtheit und hatte den Ruf eines Meisters der Operationstechnik.

— Die auch von uns reproduzierten Mitteilungen verschiedener russ. Blätter, dass sowohl Prof. Dr. Zoege v. Manteuffel als auch der frühere Oberarzt des Livländischen Feldlazaretts Dr. Walter v. Oettingen in die Hände der Japaner geraten seien, bestätigen sich glücklicherweise nicht. Von Prof. v. Zoege ist in der Embachstadt ein am 6. März in Gundshulin aufgegebenes Telegramm eingetroffen, welches lautet: «Bin gesund. Wir schicken uns an, von hier nach Nordosten abzureisen». Dr. W. v. Oettingen hat, wie wir in der «Nordl. Ztg.» lesen, schon am 24. Februar ein Telegramm abgesandt mit der Nachricht, dass er nebst Gemahlin wohlbehalten in Tieling angekommen ist.

— Der deutsche Stabsarzt Dr. Schäfer, der auf den Positionen während der Schlachttage bei Mukden gearbeitet hat, ist gesund und wohlbehalten aus den furchtbaren Tagen hervorgegangen.

— Das Evangelische Feldlararett ist, da die Japaner beständig vorrücken, bereits aus Gundschhlin nordwärts verlegt worden; wo es aufs neue seinen Standort einnehmen wird, ist noch unbekannt.

— Das Gesuch des Russischen Roten Kreuzes um die Genehmigung der Entsendung des Sanitätspersonals des Roten Kreuzes aus Port Arthur zu unserer aktiven Armee ist von der japanischen Regierung abgelehnt worden, da sie es nicht für möglich erachtet, russischen Untertanen das Passieren der japanischen Operationslinie zu gestatten.

— In Riga sind neuerdings wieder einige Aerzte, die früher aus der Reserve zum aktiven Dienst einberufen, wegen Krankheit aber vom Dienst befreit worden waren, zu einer abermaligen Besichtigung herangezogen. Von ihnen werden zur Beobachtung gesandt: in das Wilnasche Militärhospital — die Aerzte Moritz Springenfeldt und Jakob Brainin; in das Dwinskische Militärhospital — die Aerzte S. Salmanowitsch, E. Johansohn, Wolfgang v. zur Mühlen, Oskar Suck, Leo Dolin und Paul Fahrbach; in das Rigasche Militärhospital — der Arzt Losski.

— Die Gesellschaft des deutschen Roten Kreuzes hat, wie verlautet, dem russischen Roten Kreuz mitgeteilt, dass sie infolge der Kriegsereignisse in Südwestafrika sich genötigt sehe, sparsamer mit ihren Mitteln umzugehen, und dass sie daher gezwungen sein würde, ihr Lazarett aus Charbin Anfang Juni zurückzuziehen, falls das russische Rote Kreuz nicht den grössten Teil der Unkosten übernimmt.

— Da bei vielen Truppenteilen des Odessaer Militärbezirks Mangel an Aerzten ist, so hat die Ober-Militärmedizinalverwaltung gestattet, Privatärzte jüdischen Glaubens anzustellen.

— Die Sache des Generals Kowalew wegen Misshandlung des Dr. Sabussow soll erst im Mai oder Juni im Tiflisschen Militär-Bezirksgericht von neuem zur Verhandlung gelangen, und zwar unter dem Vorsitz des Präsidenten des St. Petersburger Militär-Bezirksgerichts, Generalleutenants Baron Osten-Sacken.

— In der Wilnaschen Bezirks-Irrenanstalt ist, wie die «Birsh. Wed.» erfahren, ein Konflikt zwischen den Aerzten und dem Direktor der Anstalt ausgebrochen infolge einer schweren Beleidigung eines der Ordinatoren durch den Direktor. Sämtliche Aerzte und Beamten sollen beschlossen haben, an den Minister des Innern ein Telegramm

Digitized by Google

abznsenden, mit der Erklärung, dass sie mit dem Direktor nicht weiter zusammendienen können.

— Der im vorigen Jahre hierselbst verstorbene Arzt Dr. Konstantin Nedats hat der militär-medizinischen Akademie ein Kapital von 66,000 Rbl. testamentarisch vermacht, mit der Bestimmung, dass die Zinsen von 16,000 Rbl. zu einem Stipendium auf den Namen des Erblassers und die Zinsen von den übrigen 50,000 Rbl. zur Förderung der Serumtherapie verwandt werden sollen.

— Von der Allerhöchst niedergesetzten Kommission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest wird mitgeteilt, dass die Posten der Aerzte zur Bekämpfung der Pest u. s. w. für die Kriegsdauer — von Studenten der Medizin des 5. Kursus und Zuhörerinnen des Weiblichen Medizinischen Instituts; die Feldscherposten von Studenten des 4. Kursus und die Posten von Sanitären — von Studenten des 3. Kursus besetzt werden können. Auch Aerzte mit ausländischen Diplomen werden in den Dienst aufgenommen; diese haben ihre Zeugnisse über abgelegtes Staatsexamen oder zweijährige Praxis der Verwaltung des Ober-Medizinalinspektors vorzulegen. Auch die Landschaften und Städte dürfen solche Aerzte, nach Uebereinkunft mit dem Medizinalinspektor, anstellen.

— Unterstützungsfond für durch den Krieg geschädigte Aerzte und deren Familien. Die vom hiesigen Aerzteverein zur gegenseitigen Hilfe unter Hinzuziehung von Delegierten aller ärztlichen Gesellschaften unserer Stadt eingesetzte Commission hat, wie unsern Lesern z. T. schon bekannt ist — gemäss dem Wunsche der meisten ärztlichen Vereine, definitiv beschlossen: 1) Einen Unterstützungsfonds zu diesem Zweck durch Sammlung freiwilliger Beiträge zu gründen. 2) Die Sammlung über das ganze Reich auszudehnen. 3) Nur Aerzte an diesem Fonds teilhaben zu lassen. 4) Die Organisation der Sammlungen und die Verwaltung der Summen hier am Ort einem besondern Komitee bei dem obengenannten Verein, in der Provinz aber den Abteilungen dieses Vereins in die Hand zu geben. Nunmehr ist das Komitee gewählt: Präses M. N. Nishegorodzew, Vizepräses A. S. Tauber, Sekretär W. P. Ossipow, Kassierer A. W. Rutkowski. Sammelbögen und Quittungsbücher sollen demnächst zur Ausgabe gelangen. Es sei hier auch erwähnt, dass bereits der «Verein St. Petersburger Aerzte» einen Beitrag von 500 Rbl. für diesen Zweck bestimmt und der «deutsche ärztliche Verein» durch Subskription unter seinen 25 Mitgliedern 510 Rbl. dafür aufgebracht hat. B.

— Die diesjährige Versammlung der Ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg findet am 3.—5. August n. St. statt. Die alle 10 Jahre zur Verleihung kommende Graefe-Medaille soll in dieser Tagung wieder gemäss dem Statut «Demjenigen zuerkannt werden, der sich unter den Zeitgenossen — ohne Unterschied der Nationalität — die grössten Verdienste um die Förderung der Ophthalmologie erworben hat». Vor 10 Jahren wurde die Medaille Prof. Th. Leber (Heidelberg) verliehen, vor 20 Jahren — H. v. Helmholtz. Das Programm der diesjährigen Versammlung bietet 3 wissenschaftliche und 2 Demonstrationssitzungen, sowie die üblichen geselligen Veranstaltungen. B.

— Der V. internationale Kongress für Physiologie findet vom 13.—17. April n. St. in Rom statt. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 20 Francs und für die Damen aus den Familien der Mitglieder 10 Frcs. und ist direkt an Dr. Giovanni Luccio, Ministère de l'Instruction publique in Rom einzusenden. Anmeldungen von Vorträgen nimmt entgegen und Auskünfte über die Organisation des Kongresses erteilt der russische Delegierte für den Kongress, Akademiker Dr. J. Tarchanow in St. Petersburg (Morskaja, 21).

— Dem «Russ Inwalid» zufolge, werden nachstehende Aerzte vermisst, die in den Kämpfen bei Mukden vom 20.—24. Februar also entweder getötet, verwundet oder in Gefangenschaft geraten sind: Vom 138. Bolchowschen Infanterieregiment — die Aerzte Serg. Nik. Chanewski, Eug. E. Sbrujew, Valentin Wlad. Alexandrow und Samuel Ossip. Lewande, sowie vom 139. Morschansker Infanterieregt. — der Arzt Peter Alex. Pistermann. Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. Febr. d. J. 10076 (320 wen. als in d. Vorw.), darunter 1162 Typhus — (22 wen.). 897 Syphilis — (37 wen.), 257 Scharlach — (15 wen.), 105 Diphtherie — (3 mehr), 56 Masern — (1 mehr) und 25 Pockenkranke — (5 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. bis zum 26. Februar 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
487	401	888	188	84	165	22	16	28	79	72	74	64	55	30	10	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 43, Febris recurrens 6, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 12, Scharlach 13, Diphtherie 10, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 5, Grippe 18, Katarrhalische Lungenentzündung 112, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberkulose der Lungen 115, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 58, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungskanals 118, Totgeborene 47.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 22. März 1905.

Tagesordnung: Fick: Zur Kasuistik der Hernien.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 14. März 1905.

Rationelle Heilung durch Phosphor

RHOMNOL

(jede Pille enthält 0,05 Gr.).

dessen Hauptbestandtheil reine Nucleinsäure ist, von Dr. Leprince hergestellt.

$C^{40}, H^{54}, Az^{14}, O^{27}, P^{4}$.

Erprobt: bei Phosphaturie, Neurasthenie, Rachitis, Blutarmut und Alterschwäche.

Gebrauchsanweisung: 4—10 Pillen während der Mahlzeit.

Dr. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.

Erhältlich in allen besseren Apotheken. (33) 12—2.

Digitized by Google

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT a/M.

CHINAPHENIN

Geschmacklose Verbindung von Chinin und Phenetidin, bewährtes Mittel bei **Keuchhusten, Influenza, Malaria** und **Neuralgien.**

ARISTOCHIN

Geschmackloses Antipyreticum, gegen **Influenza, Typhus, Keuchhusten** und **Malaria.**

SALOCHININ

Geschmackloser Chininkörper, heilend und schmerzstillend bei verschiedenen **Neurosen,** tadelloses Antipyreticum, speziell auch beim **Typhus,** da reizlos und milde.

SALOCHININ SALICYLIC

Gegen akuten **Gelenkrheumatismus;** wegen völliger Geschmacklosigkeit und Neutralität für Magen und Herz speziell indiziert bei schwersten Fällen und bei Empfindlichen.

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Creosotal u. Duotal „Heyden"

sind anerkannt zuverlässige Medikamente gegen Lungen-**Tuberkulose, Pneumonie, Bronchitis** und **Skrofulose.** Frei von den zerrüttenden Nebenwirkungen, der Giftigkeit, dem üblen Geruch und Geschmack des Kreosots und Guajakols. Niemals Reizung des Magens oder Darmes. Kein Durchfall, kein Uebelsein, kein Erbrechen. Selbst in grossen Dosen äusserst zuträglich. In hohem Grade appetitanregend. Schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, Hebung des Ernährungs- und Kräftezustands, Verminderung von Husten und Auswurf. Phthisis ersten Stadiums schon in einigen Monaten heilbar.

Calodal. Leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur **subkutanen,** ganz besonders auch zur **rektalen Ernährung** und zur Darreichung **per os** als Kraftnährmittel. **Calodal-Nährklysmen** sind billig, leicht zuzubereiten, gut resorbierbar und setzen der Fäulnis im Darm einen grösseren Widerstand entgegen als andere Nährklysmen.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (23) 10—3.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien. Prachtvolle, sonnige Lage, Ausführliche illustrierte Prospekte. **Friedrichroda** i. Thür.

Styptol (Knoll)

Uterines Haemostaticum.

Vereinigt die blutstillende Wirkung des Cotarnins und der Phtalsäure.

Anthrasol (Knoll)

Entfärbter Teer.

Besonders juckstillend und keratoplastisch. Anwendung wie gewöhnlicher Teer.

Literatur und Proben kostenlos!

KNOLL & Co • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Dr. Schuster

praktischer Arzt und Inhaber eines Kurhauses (Indiv. Kurgem. Diät.)

BAD NAUHEIM.

Wasserheilanstalt

Traunstein-Oberbayern

Sanatorium für Nervenkranke

Das ganze Jahr geöffnet. Leiter und Besitzer Dr. med. G. Wolf.

Sanaterium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. **Koeniger.**

EISENACH
KURANSTALT HAINSTEIN
NAHE DER WARTBURG
DAS GANZE JAHR GEÖFFNET
LEITENDER ARZT DR. HESS.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit **dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege** (gegen Zahlung von 50 Cop.).

ARENSBURG.

Insel Oesel, Gouvernement Livland.

Schlammbadeanstalt Weise, gegr. 1840.

Saison v. 20. Mai bis 20. August.

Auskünfte ertheilen die Aerzte der Anstalt: Herr Dr. R. Burslan, St. Petersburg, Troitzkaja № 29, Herr Dr. Maywald, Arensburg, und Dr. G. Leper, Arensburg. Alle nähere Auskünfte ertheilt die Anstalt bereitwilligst und sendet auf Wunsch Prospecte gratis. (41) 2—1.

MARIENBAD

(42) 3—1.

(Böhmen)

628 Meter, subalpines Klima. Hochwald. Geschützte Lage. — **Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn**, die stärksten Glaubersalzwässer Europas (5 gr. im Liter). Indikationen: Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen des Herzens (Fettherz), der Leber, des Darmes, Zirkulationsstörungen etc. — **Rudolfsquelle**, hervorragend grosser Gehalt an kohlensaurem Kalk und Magnesia — Indikationen: Gicht, harnsaure Diathese, chronische Katarrhe des Nierenbeckens, der Blase etc., Nierenstein, chronische Darmkatarrhe etc. — **Ambrosiusbrunn** stärkster reiner Eisensäuerling (mit 0,177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). — Indikationen: Anaemie, Chlorose etc. — **Waldquelle** bei Erkrankungen der Respirations-Organe. — **Natürliche Kohlensäurebäder** in verschiedenen Abstufungen. — **Moorbäder** aus den **eigenen** Moorlagern (75,000 p. a.) — **Kaltwasseranstalt. — Dampf- und elektrische Bäder. — Balneologisch-hygienisches Institut — Zander-Institut. Zentralmolkereien.**

Frequenz 26.500 Kurgäste. 70.000 Touristen.

NATÜRLICHE MINERALWASSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (2) 18—17.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:

Die Wirkung des „**Pertussin**“ war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:

Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:

Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:

Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska** 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (1) 26—25.

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Kalte Seebäder. Temperatur des Wassers 15—16° R. Comfortabel eingerichtete **Kurbadeanstalt und Kurhaus im Parke am Meere.** Beginn der Saison **20. Mai,** Schluss derselben **20. August.** Verabfolgt werden. **Schlamm-, Moor-, Salz-,** electrische, **Sand-, Kohlensaure-** und andere Heilbäder, **hydrotherapeutische** und **orthopädische Behandlung, Luft- und Lichtbäder.** Dieselben sind wirksam gegen **Herz-** und **Nervenerkrankungen, Rheumatismus,** zahlreiche chronische Krankheiten, Lähmungen, Bleichsucht, Skrofulose, Rhachitis. **Frauenleiden** und andere Krankheiten mehr. **Massage. Desinfizierte Wäsche. Täglich Musik. Keine Kurtaxe.** Weiterausgedehnte **Anlagen,** viele **Promenaden** am Meere. **Billiges Leben. Dampfer- und Eisenbahnverbindung.** Nähere **Auskünfte,** Prospecte und Quartiervermittelung **gratis** durch

(40) 6—1. **die Badecommission.**

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege nothwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 6 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Dieser № liegt ein Prospekt über **«Описанiе и способъ употребленiя карманныхъ шрифтовъ для изслѣдованiя зрѣнiя. Д-ра Мед. Ф. Кубли. Изданiе Ив. Як. Урлаубъ»** bei.

Довв. ценз. Спб., 11 Марта 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Harvard Med. Lib. 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. —Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

Infolge Erhöhung der Preise für Druckarbeiten sind wir genötigt die Insertionspreise vom 1. April 1905 an zu erhöhen und zwar von 16 auf 20 Kop. (von 35 auf 45 Pf.) pro Zeile der 3 mal gespaltenen Seite.

№ 11 St. Petersburg, den 19. März (1. April). 1905.

Inhalt: Dr. B. Laquer: Ueber die Anwendung des Wismuts und der Bismutose bei Magendarmstörungen. — Oefele: Die Ionentheorie in der Koprologie. — Bücheranzeigen und Besprechungen: W. Guttmann: Elektrizitätslehre für Mediziner. — Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat. — Dr. med Alfred Frantzen †. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber die Anwendung des Wismuts und der Bismutose bei Magendarmstörungen.

Von

Dr. B. Laquer — Wiesbaden.

Unter den Schwermetallen, welche bei der Behandlung der Magendarmleiden von Kindern und Erwachsenen eine Rolle spielen, nimmt Wismut mit seinen Verbindungen eine zentrale Stellung ein. Die ersten, welche die Bedeutung dieses Metalles erkannten und mit Nutzen gerade die grossen Dosen anwandten, waren die französischen Kliniker. Neben Odier, Daumerie führte vor allem Trousseau («Clinique médicale» T. III p. 96) als erster die «Wismutkur» bei Brechdurchfall der Kinder und bei rundem Magengeschwür ein; Monneret erhöhte die Trousseau'sche Dose von 10 gr. pro die bis auf 20—60 gr., insbesondere bei Dysenterie; Desplat, Bayer und Thompson wandten es bei den Darmgeschwüren tuberkulöser Natur an [1]). In den letzten 15 Jahren gelangte das Wismut auch an deutschen Kliniken zu grösserer Anerkennung, insbesondere durch die Publikationen von Kussmaul-Fleiner; die Wismutkur bildete auf dem letzten Kongress für innere Medizin wie auch auf früheren den Gegenstand eines ausführlichen Referates. Neuere Berichte über die Wismutvergiftungen seitens Gaucher [2]), Cohn [2]), Dreesmann [4]) Mühlig [4]), Solger [3]) legten es nahe, einerseits die Theorie der Wismutwirkung eingehender zu studieren, andererseits auf Ersatzmittel bedacht zu sein, welche die Wismutwirkung beibehielten, ja sie verstärkten, ohne ihre Schädlichkeiten.

Der therapeutische Effekt des Wismuts bei Ulcus ventriculi beruhte nach den bisherigen Anschauungen auf den physikalischen Eigenschaften des Präparates, seiner spezifischen Schwere und Unlöslichkeit in Wasser. Bei geeigneter Lagerung des Kranken sollte das in Wasser suspendierte Bismutum subnitricum sich auf der tiefsten Stelle des Magens, dem Grunde des Ulcus niederschlagen und mit dem abgesonderten Schleim eine feste Schutzdecke gegen die mechanischen und chemischen Reizungen des Magensaftes bilden.

Physiologische Versuche von Dr. Fuchs mit Wismutverbindungen, insbesondere mit Bismutose, einem Wismuteiweisspräparat, welches 20 pCt. Wismut organisch gebunden enthält, lehren uns, dass das Wismutsubnitrat reaktionsfähiger ist, als allgemein angenommen wird, und dass die therapeutische Wirkung desselben bei der Anwendung gegen Ulcus ventriculi nicht nur eine physikalisch-mechanische ist, sondern zugleich auch auf einer chemischen Umsetzung beruht.

Bismutose bei Licht mit etwas destilliertem Wasser im Reagensglas geschüttelt, wird an der dem Licht zugekehrten Seite erst grau und dann schwarz, und nach wenigen Stunden hat sich ein metallisch-glänzender Spiegel gebildet. Schneller vollzieht sich diese Reaktion, wenn man vorher dem Wasser einige Tropfen Alkali zusetzt, etwa wie wenn man einen von Fliesspapier aufgesogenen Tropfen Silbernitrat dem Lichte aussetzt. Wie nun $AgNO_3$ sich auf den alkalisch reagierenden Gewebsteilen niederschlägt und eindringt, so wird auch das Wismutsubnitrat im Magen auf der Geschwürsfläche reduziert, denn alle für diese Reaktion erforderlichen Bedingungen sind vorhanden. Das Wismutsubnitrat ist nämlich derart reaktionsfähig, dass es grau, d. h. reduziert, wird, wenn es nur mit reinem Albumin, z. B. Casein, gemischt, mit Wasser angeschüttelt und dem Sonnenlicht ausgesetzt wird.

Die Verhältnisse liegen aber im Magen für die Reaktion noch viel günstiger. Wismutsubnitrat wird von Chlornatriumlösung, die etwas freie Salzsäure enthält, unter Bildung von einerseits salpetersaurem Natron, andererseits einer Doppelverbindung von Wismutchlorid und Chlornatrium allmählich gelöst; Chloralkalien und

[1]) Die Literatur in historischer Reihenfolge bringt Savelieff, Therapeutische Monatshefte 1894.

[2]) Therapeutische Monatshefte 1896.

[3]) Deutsche medizinische Wochenschrift 86, Nr. 22.

[4]) Münchener medizinische Wochenschrift 1901, Nr. 6 und Nr. 15.

Digitized by Google

freie Salzsäure finden sich immer auch nach der Magenausspülung bei vorhandenem Ulcus im Magen; gerade die Hyperacidität ist ja charakteristisch für dieses, und jene beiden werden ausserdem fortgesetzt sezerniert.

Von diesen beiden wird das Wismutsubnitrat allmählich gelöst. Zum Teil wird es zwar zunächst auf der tiefsten Stelle des Magens sedimentiert. mit dem fortschreitenden Lösungsvorgang aber wird dann das Wismut durch die Peristaltik des Magens mit allen Teilen der Magenwand in Berührung gebracht, sodass es überall zur Wirkung gelangt. Die Einzelheiten dieser Vorgänge wurden von Fuchs experimentell geprüft und auf der Karlsbader Naturf.-Versammlung (1902) demonstriert.

Matthes[5]) und Fischer[6]) haben an Kaninchen nachgewiesen, dass nach dem Eingiessen von Wismutsubnitrat mittelst Schlundsonde schon nach kurzer Zeit, wie auch noch nach 24 Stunden, der Magenwand ganz gleichmässig ein zäher, hellgrauer Schleim bezw. ein grauer Belag anhaftet, dem reichliche Mengen Wismut beigemengt sind.

Diese Versuche wiederholte Dr. Fuchs, indem er in drei Partien je zwei Kaninchen derart behandelte, dass das erste Kaninchen jeder Partie je 5 gr. Wismutsubnitrat in Wasser suspendiert, das zweite der ersten Partie 20 gr. Bismutose mit Wasser angerührt, das zweite der zweiten Partie 20 gr. colloidales Wismutoxyd in Wasser gelöst und das zweite der dritten Partie 5 gr. phosphorsaures Wismut ebenfalls in Wasser gelöst mittelst Schlundsonde per os eingegossen erhielten.

Ebenso wie Matthes und Fischer fand Dr. Fuchs, dass das Wismutsubnitrat auf der gesammten Magenwand in einem grauen zähen Schleim gleichmässig verteilt wird.

Mikroskopisch fand Dr. Fuchs, dass das Wismutsubnitrat völlig gelöst in der Magenschleimhaut war; einzelne schwarze Punkte erwiesen sich als wohlcharakterisierte Wismutoxydulkrystalle; dies liess erkennen, dass schon hier allmählich die Reduktion des Wismutsalzes beginnt und an alkalischen Stellen wie der pars pylorica beschleunigt vonstatten geht.

Die Bismutose verhält sich ganz ähnlich wie das Wismutsubnitrat, nur greift die Verteilung schneller um sich.

Die wasserlöslichen Präparate, das colloidale Wismutoxyd und das phosphorsaure Wismut, wurden ebenfalls reichlich im Schleim chemisch nachgewiesen. Die Schleimsekretion ist eben nicht, wie Bohlen[7]) der Ansicht ist, durch den mechanischen Reiz der Wismutsubnitratkrystalle bedingt, sondern sie stellt eine spezifische Eigenschaft des Wismuts und seiner Präparate dar.

Bei Anlegung künstlicher Magengeschwüre nach der Methode von Matthes und darauffolgender Wismuthnitrat-Eingiessung konnte Dr. Fuchs 24 Stunden später im Schleim des Hundemagens, selbst mit der Cinchoninnitratjodkaliumlösung Wismut nicht mehr nachweisen, dagegen ergab die makroskopische Untersuchung der Magenschleimhaut, dass dieselbe mit schwarzen Punkten übersät war; ihre chemische Untersuchung ergab Wismut, ihre mikroskopische—schwarze Krystallformen. Die mikroskopische Untersuchung des von dem Defekt abgekratzten Wismutbelages liess zahlreiche schwarze wohlcharakterisierte Wismutoxydulkristalle erkennen. Der Schnitt durch das Granulationsgewebe des künstlichen Ulcus gewährte den Anblick einer mit Kaliumpermanganatkristallen bestreuten Fläche. Es ergiebt sich hieraus die Folgerung, dass in den weitaus meisten Fällen die mechanische Schutzdecke auf der Wundfläche der Ulcerationen von ausgeschiedenen feinverteilten Wismutoxydulkristallen gebildet werden wird, und dass diese sowie die in das Granulationsgewebe eingedrungenen Wismutoxydulkristalle die Epithelbildung beschleunigen.

Die Verhältnisse liegen bezüglich der styptischen und protectiven Wirkung des Wismuts auf die entzündete und ulcerierte Darmschleimhaut ähnlich wie im Magen, nur kommen noch zwei Wirkungen hinzu, eine antifermentative, reduktionshemmende, die Eiweissfäulnis vermindernde Wirkung, auf welche zuerst Quinke[8]) aufmerksam machte und eine katalytische Wirkung, d. h. die Fähigkeit des Wismutoxyduls, Sauerstoff aufzunehmen, zu konzentrieren und dann wieder frei werden zu lassen (Fuchs).

Wie fein und langsam das Wismut, in Form der obengenannten Eiweissverbindung per os zugeführt, resorbiert bezw. in Darm verteilt wird, das kann leicht durch Röntgenstrahlen nachgewiesen werden.

Die Conclusionen von Dr. Fuchs[9]) lauteten:

1) Die Schleimsekretion nach Wismutsubnitrateingüssen ist nicht durch die mechanische Reizwirkung der Wismutkristalle bedingt, sondern durch spezifischen Einfluss des Wismuts und seiner Präparate. Das Wismut ist nach kurzer Zeit in einer hellgrauen Schleimschicht gelöst und über die gesammte Magenwand gleichmässig verteilt.

2) Die Heilwirkung des Wismutsubnitrats ist nicht lediglich die Folge seiner physikalisch-mechanischen Eigenschaften als Protectivum, sondern beruht ähnlich wie die Silberwirkung auf der Reduktion zu Wismutoxydul, das in das Granulationsgewebe eindringt und in spezifischer Weise die Epithelisierung anregt; im Darm spielen die antifermentativen und katalytischen Wirkungen des Wismuts eine grosse Rolle.

3) Die Bismutose erscheint ihrer ausgeprägten Reaktionsfähigkeit und langsamen Verteilung wegen als ein besonders für medizinische Zwecke geeignetes Präparat.

Diese theoretisch experimentellen Anschauungen schliessen sich harmonisch die am Krankenbett erzielten Erfolge an, so aus den Kliniken und Krankenhäusern der Herren Erb-Heidelberg, Boas-Berlin, Witthauer-Halle, Pagenstecher-Wiesbaden. Speziell Elsner erweist durch Versuche am Lebenden die säurebindende Kraft der Bismutose, die Laquer, der Introducteur des Präparates, in dem allerersten Aufsatze dem Eiweissmantel der Bismutose zuschrieb. Es kommen für diese Kraft die verschiedenen Formen der vermehrten HCl-Bildung in Betracht, die einfache Hyperacidität, evtl. auch einzelne Fälle von Hypersekretion und die mit Hyperacidität einhergehenden Fälle von Magengeschwür. Zwischen der einfachen Hyperacidität und der mit Hyperacidität einhergehenden Hypersekretion empfiehlt es sich, hinsichtlich der Erfolge, die man mit der Bismutose erzielt, eine Grenze zu ziehen. Bei der einfachen Hyperacidität kann die Bismutose gute Dienste leisten, da sie in der Tat imstande ist, Säure zu binden, sodass die Menge der freien HCl im Magen geringer wird. Die Worte, die man nach einem Ewald-Boas'schen Probefrühstück für die freie Salzsäure erhält, werden bei gleichzeitiger Verabreichung einer kleinen Menge Bismutose geringer.

Was die klinischen Erfahrungen über Bismutose beim Magengeschwür anbelangt, so berechnet Elsner die Bismutose als ein gutes Unterstützungsmittel für die eigentliche Ruhekur, das auch bei längerem Gebrauch keine schädlichen Nebenwirkungen hervorruft. Da in der Mehrzahl der Fälle von Magengeschwür bei geeigneter Behandlung die subjektiven Erscheinungen in der dritten Woche bereits nachgelassen haben, so wird die

5) Centralblatt für innere Medizin 1893. S. 2.
6) Inauguraldissertation, Jena 1894.
7) Dissertation, Jena 1894.

8) Münchener medizinische Wochenschrift 1896. S. 854.
9) Literatur am Schluss.

Digitized by Google

günstige Wirkung, welche die Bismutose in solchen Fällen ausübt, natürlich weniger in Erscheinung treten, als in denjenigen Fällen, in denen die Ulcuskur nicht den gewünschten raschen Erfolg hat. Hier hebt Elsner besonders zwei Fälle hervor, in denen noch im Verlaufe der dritten Woche zeitweise heftige Schmerzen auftraten; schon nach ganz kurzem Bismutosegebrauch waren dieselben verschwunden.

In Analogie zum Tannalbin, das ja gegenüber dem Tannin bei Darmkatarhen eine sehr grosse Verbreitung in der Praxis gefunden hat, dürfte auch die Bismutose mit Recht bei Diarrhöen angewendet werden. Freunde der Wismuttherapie werden jedenfalls gut tun, der Bismutose in den genannten Fällen vor dem Wismut den Vorzug zu geben. Biedert, Chefarzt des Bürgerspitals zu Hagenau in Elsass, berichtet in diesem Sinne (Therapie der Gegenwart, Sept. 1903) und P. Cohnheim, Spezialarzt in Berlin, in der Berl. klin. Wochenschrift 1903 Nr. 52. C. sah grossen Nutzen insbes. bei Magendarmleiden von Potatoren.

In gleicher Weise berichtet aus der Heidelberger medizinischen Klinik (Direktor W. Erb) über den therapeutischen Wert der Bismutose Herr Privatdozent Dr. Hugo Starck, Assistent für die medizinische Ambulanz (Münchener medizinische Wochenschrift 1902, Nr. 47, November). Einleitend bemerkt Verfasser zunächst, wie schwierig es heutzutage für den ordinierenden Arzt sei, sich in der Flut der alltäglich auf den Markt geworfenen neuen Medikamente zurechtzufinden und namentlich die wirklich brauchbaren von den lediglich nur durch marktschreierische Reklame bekannt gewordenen Heilmitteln zu scheiden. Wenn trotzdem Veranlassung vorliege, einem neueren Präparate, der Bismutose, das Wort zu reden, so geschehe dies, weil dieselbe nach praktischer Erprobung besonders in der Kinderpraxis von hervorragendem Wert zu sein scheine. Neu sei insbesondere die Form, in welcher das altbewährte Wismut verabreicht werde; aber gerade darin liege der Vorzug des Präparates, in welchem die beiden schätzenswertesten Eigenschaften des Wismuts, nämlich als Protectivum und Adstringens, vollkommen bewahrt bleiben. Nach kurzer Erwähnung der Darstellungsweise der Bismutose nach patentiertem Verfahren von Kalle u. Ko., Biebrich a/Rh., werden die wichtigsten Eigenschaften der Bismutose besprochen, unter denen besonders ihre absolute Ungiftigkeit, Geruch- und Geschmacklosigkeit, ihre Sterilisierbarkeit, ihre ansserordentliche Quellbarkeit in wässrigen Vehikeln und damit zusammenhängend ihre gute Emulgierbarkeit nnd schliesslich ihre Widerstandsfähigkeit gegen Magen- und Pankreassaft, die ihre protrahierte Wirkung im Verdauungstrakt bedingt, hervorgehoben seien. Ferner erwähnt Dr. Starck noch kurz die wichtigsten Indikationen, für welche die Bismutose seither empfohlen worden ist (geschwürige und entzündliche Prozesse der Magen- und Darmschleimhaut, Hyperacidität und Dyspepsie, Ulcus ventriculi, Verbrennungen und Hautulcerationen) und geht dann zur Besprechung seiner eigenen klinischen Erfolge über, worüber er sich folgendermassen äussert: «Was zur Prüfung der Bismutose Veranlassung gab, war weniger die dem Mittel durch Witthauer, Elsner u. s. w. zugeschriebene Heilwirkung auf das Ulcus ventriculi, als vielmehr die angebliche günstige Beeinflussung des Darmkatarrhes der Kinder. Die Beobachtungen beziehen sich auf im ganzen 37 Fälle [10]), und zwar 10 Fälle ven Brechdurchfall, 6 Fälle von chronischem (2 tuberkulösem) Darmkatarrh, 17 Fälle von akutem Darmkatarrh, 4 Fälle von Ulcus ventriculi. 9 Patienten hatten das 13. Lebensjahr überschritten, im übrigen handelte es sich um Kinder zwischen 8 Wochen und 12 Jahren.

Dosis und Art der Verabreichung des Medikamentes variierte etwas. Die ersten Patienten erhielten Bismutose 4—5 mal täglich 1 Messerspitze, dann stündlich 1 Messerspitze voll, in letzter Zeit täglich etwa 6 gr. in Mixtur. Das Pulver wurde zuerst in Wasser oder Milch genommen, Säuglingen wurde es in der Saugflasche gegeben, indem das Pulver erst mit etwas heisser Milch in der Flasche gut umgeschüttelt und dann mit Milch oder Schleim aufgefüllt wurde. In letzter Zeit schien die Ordination als Mixtur passender. 30 gr. Bismutose werden mit derselben Menge Mucilago gummi arab. im Tiegel innig vermengt, das Gemisch auf 200 gr. mit Aqu. dest. aufgefüllt. Die Mixtur hat rahmiges Aussehen, schmeckt indifferent und hält sich lange. Die Ordination lautet demnach:

Rp.: Bismutose
Mucilag. gummi arab. . . . aa 30,0
Aqua dest. . . . . . . ad 200,0
MD.: stündlich 1—2 Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Die Wirkung war in den Fällen von Brechdurchfall und akutem Darmkatarrh der Kinder durchweg ganz vorzüglich, ebenso in vier Fallen chronischer Enteritis. Ein Fall von tuberkulöser Enteritis und Peritonitis chron.-tub. blieb unbeeinflusst, 3 Fälle von Ulcus ventriculi wurden gebessert. In 1 Fall wurde die Behandlung frühzeitig aus äusseren Gründen ausgesetzt.

Es ist zu berücksichtigen, dass das ganze Krankenmaterial ambulant behandelt wurde, dass es sich nur um Patienten handelte, die ausserhalb Heidelbergs wohnten, und die in der Regel erst in die Klinik kamen, nachdem Kuren in ihrem Heimatsorte erfolglos waren, mit anderen Worten — es waren meistens schwerere Fälle.

Was nun zunächst die Fälle mit Brechdurchfall anbelangt, so war der Erfolg meist ganz überraschend. Mehrmals hörte sowohl Erbrechen wie Durchfall bereits nach dem ersten Tage mit einem Schlage auf, der Appetit kehrte wieder, die Kinder wurden lebhaft und nahmen rasch an Gewicht zu.

In keinem der nicht spezifischen Magendarmkatarrhe war der Erfolg ein schlechter, die Wirkung des Pulvers war stets prompt, und zwar so eklatant, dass von Zufall keine Rede sein kann. Wenn Tag für Tag 6—10 Stühle entleert werden und bereits nach den ersten 6 gr. Bismutose die Zahl derselben auf 2 und 3 reduziert wird, wenn die Konsistenz des Stuhles sich bessert, wenn Rückfälle ausbleiben — alles ohne Aenderung der bisherigen Diät — dann darf die günstige Aenderung wohl unbedenklich auf das Medikament zurückgeführt werden.

Das Pulver wurde in allen Fällen, auch von kleinen Kindern, die ihre Nahrung vorher zurückwiesen, gern genommen, besonders aber, seitdem es in Form obiger Mixtur gegeben wurde. Irgendwelche Nebenwirkungen waren niemals zu vermerken, auch nicht bei grösseren Dosen (von stündlich 1 Messerspitze voll). Es erfolgte niemals Erbrechen; wo vorher Erbrechen bestand, sistierte dasselbe fast sofort.

Als Indikationen, bei denen das Mittel Erfolg verspricht, fasst Dr. Starck zusammen in erster Linie den Brechdurchfall, dann den akuten Magenkatarrh, den akuten und chronischen Magendarmkatarrh der Kinder.

In allen diesen Fällen ist die Bismutose dem Bismutsalze vorzuziehen wegen der vollständigen Ungiftigkeit, weil das Pulver von Kindern leichter genommen wird, weil die Verordnung billiger ist und dem Präpärate gleichzeitig ein wenn auch nur geringer Nährwert innewohnt».

Als beste Darreichungsform der Bismutose wird diejenige der Mixtur (Vorschrift siehe oben) bezeichnet, «und zwar in häufigen Dosen von $^1/_2$—1 gr., im ganzen 6—10 gr. pro die».

[10]) Seitdem kamen noch vier weitere Fälle mit gleich gutem Erfolge hinzu. Ein einziges Mal wurde das Pulver von einem 11 Monate alten Kinde nicht genommen.

Digitized by Google

Seine Resultate mit denjenigen anderer Autoren (siehe Literatur) vergleichend, konstatiert Verfasser «hinsichtlich des Wertes der Bismutose grosse Uebereinstimmung. Die absolute Ungiftigkeit wird allgemein anerkannt, übereinstimmend wird die günstige Wirkung auf Appetit, Erbrechen, Allgemeinbefinden hervorgehoben.

Vielfach wurden grössere Dosen gegeben, und zwar selbst bei Kindern 15—20 gr. pro die. Wo die Bismutose wegen unstillbaren Erbrechens per os nicht genommen werden konnte, gelang die Zufuhr per Klysma (Manasse). Kuck empfiehlt als Klystier 10 pCt. und 20 pCt. Stärkeaufschwemmungen, in derselben Weise kann die Bismutose zu Magenausspülungen verwendet werden (Kuck)».

Der Aufsatz schliesst mit den Worten:

«Mein Urteil über die Bismutose möchte ich dahin zusammenfassen, dass es ein unschädliches, geschmackloses, auch von kleinen Kindern leicht einzunehmendes, vorzügliches Adstringens ist, das Reizzustände des Magendarmkanals der Kinder in günstigster Weise beeinflusst».

Wenn man die nur 64 pCt. betragenden Dauerfolge der internen Therapie bei Ulcus ventriculi betrachtet, welche J. Schulz aus der Breslauer Klinik publiziert, während die Mortalität 7,6 pCt., die Recidive und Misserfolge 28 pCt. betragen, so werden wir uns wohl dem Wunsche von Schulz anschliessen, bessere Wege zur Heilung zu suchen; vor allem wird die Wismutanwendung durch die Bismutose erleichtert und popularisiert, die Furcht vor den grossen Wismutdosen besiegt und die leichten Fälle von Hyperacidität durch frühzeitige Behandlung vor dem Uebergang in schwere Ulcusfälle bewahrt bleiben.

Die Herabsetzung der Kindersterblichkeit an Brechdurchfällen wird denjenigen Nationen, denen Depopulation droht, willkommen sein müssen; alle Infektionskrankheiten zusammengenommen äussern sich nicht annähernd so gefährlich wie die Magendarmaffektionen, besonders in den Grossstädten [1]). In Leipzig z. B. verteilen sich in der Periode 1889 bis 1893 tausend jährliche Kindersterbefälle auf die einzelnen Vierteljahre wie folgt:

Januar—März	167
April—Juni	198
Juli—September	462
Oktober—Dezember	173

Literatur:

Laquer — Wiesbaden: Therapie der Gegenwart, Juli 1901. — J. Kuck, ebenda, November 1901. — R. Manasse, Therapeutische Monatshefte, Januar 1902. — C. Witthauer, Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 19, 1902. — W. Fleiner — Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 23, 1902. — W. Lissauer, Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 34, 1902. — Bobuleska, Thèse Jassy 1902. — Maybaum, Fortschritte der Medizin Nr. 26, 1902. — Hans Elsner (Dr. J. Boas' Poliklinik): Archiv für Verdauungskrankheiten, Bd. VIII, 1902. — Pagenstecher, E.: Deutsche mediz. Wochenschr. 1902. — Fischer, H.: Aerztl. Rundschau Nr. 34. — Künkler, Allg. med. Centralzeitung Nr. 24, 1903. — Fuchs: Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 14. — Biedert: Ther. der Gegenwart, Sept. 1903. — Cohnheim: Berl. klin. Woch. 1903, Nr. 52.

[1]) Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, Bd. XIII, Heft 1.

Die Ionentheorie in der Koprologie.

Im ersten Abschnitt meiner Koprologie [1]) habe ich darauf hingewiesen, dass im Verdauungsapparate vom Mund bis zum After zwei Prozesse neben einander verlaufen. Einmal wird die aufgenommene Nahrung assimiliert und resorbiert und dann werden Abfallstoffe ausgeschieden. Im grossen und ganzen sind nach den Belegen, welche ich an der angeführten Stelle gab und nach meinem Artikel «Ursprung der normalen Kotstoffe» in der Zeitschrift für öffentliche Chemie bis zur Entleerung des Kotes aus dem Darm die einzelnen Stoffe der Nahrungsstoffe vollständig verschwunden und nur mehr ausgeschiedene Abfallstoffe vorhanden. Der Verdauungsapparat hat damit eine Doppelfunktion und, ohne dies hier im einzelnen beweisen zu wollen, scheint diese Doppelfunktion durch die verschiedensten Tierklassen hindurchzugehen. Die Vermutung muss darum nahe liegen, dass die beiden Funktionen doch in innigerer Beziehung stehen, als dies auf den ersten Blick vermutet werden könnte. Es sei dafür einstweilen theoretisch etwas weiter ausgegriffen.

Die letzten 10 Jahre oder etwas mehr haben uns die Ionentheorie gebracht. Die Lehre von den Lösungen gilt wohl heute allgemein in der Ansicht der Ionentheorie für gesichert. Wenn also Kochsalz in Wasser gelöst wird, so löst sich eigentlich vorläufig eine Anzahl von freien Ionen des Chlors und des Natriums und in diesen wiederum sekundär das übrige Kochsalz. Für die organischen Verbindungen mit langen Kohlenstoffketten giebt es aber, wie jetzt wohl auch allgemein anerkannt ist, keine solche Dissociation in freie Ionen. Daher giebt es aber auch keine solche Lösung. Es sei hier sofort auf eine einzelne Stoffgruppe als Beispiel übergegangen.

Wenn wir hartgesottenes Hühnereiweiss in Wasser bringen, so löst sich dies nicht, weil das hartgesottene Hühnereiweiss keine freien Ionen bei Berührung mit Wasser abgiebt und das Wasser als solches keine entsprechenden freien Ionen enthält. Es sind die Untersuchungen Oefele's, dass solches Hühnereiweiss mit Thiosinamin gelöst werden kann. Thiosinamin ist aber nur ein substituierter Harnstoff und besitzt als solcher gegenüber den ähnlich aber weit umfangreicher gebauten Molecülen des Eiweisses die Eigenschaften freier Ionen. Das Gleiche ist der Fall mit den übrigen Harnstoffen, soweit dieselben nur selbst wasserlöslich sind. Im einfachen Harnstoffe, d. h. dem Carbamid, kann hartgesottenes Hühnereiweiss ebenfalls gelöst werden. Mit Hülfe von Thioharnstoff glückt dies nur vorrübergehend, da der Thioharnstoff bei diesen Versuchen meist durch Umlagerungen plötzlich seinen Schwefel als freies gelbes Pulver abwirft. Allylphenylthiocarbamid lieferte kein Resultat, weil es selbst nicht wasserlöslich ist. Als zugänglichste Vertreter können darum Harnstoff und Thiosinamin angesehen werden, und an ihnen kann dies Ionengesetz der Eiweisslösung genügend studiert werden.

Zu beachten ist nun, mit welcher Leichtigkeit der Magen, das Organ der Eiweissverdauung, gerade Concentrationen von intermediären Eiweissabbauprodukten ausscheiden kann und wie die Leber in der Galle ebenfalls ein Ausscheidungsprodukt bereitet, welches im grossen und ganzen in seinen Bestandteilen der Fettgruppe näher steht und schliesslich doch auch wieder nebenbei der Assimilation der Fettgruppe dient. Es kann in diesem kurzen Hinweise nur angedeutet werden. Eingehende Beweise sind hier nicht zu erbringen. Die Beweise selbst liegen in den Zusammenstellungen zahlreicher koprologischer Befunde. Je zahlreicher diese Befunde werden und auf je mehr Stoffe sich dieselben ausdehnen, um so enger wird das Netz der Beweise für obige Aufstellungen. Die Verdauungsorgane müssen nach Darlegung aller koprologischen Ergebnisse als Organe angesehen werden, in welchen intermediäre Stoffwechselprodukte abgeschieden und konzentriert werden und nun konzentriert mit organischen Nahrungsstoffen (als Coagulaten) in Berührung kommen, dabei als Ionen dieser Nahrungsstoffe wirken und somit zu ihrer Lösung und Resorption beitragen. Bei normalen Verdauungsorganen sind zum Schluss alle aufgenommenen Nahrungsmittel gelöst und aufgesaugt worden, während ein grosser Teil der ausgeschiedenen intermediären Stoffwechselprodukte, meist noch durch Darmpilze sekundär verändert, als Kot entleert wird.

Es ist dies eine Theorie ohne ausführliche Beweise. Die Publikation erfolgt zur Wahrung der Priorität. Im Verlauf der Publikationen zahlreicher koprologischer Untersuchungen und Anordnung der Untersuchungen zu Tabellen drängt sich dem Leser mehr und mehr die Wahrheit dieser anfänglich absonderlichen Theorie auf. Wird dabei versäumt zur rechten Zeit diese Theorie ausdrücklich festzulegen, so wird dieselbe von einem Leser annektiert.

Bad Neuenahr, Rheinpreussen. Oefele.

[1]) Oefele, Koprologie 1904. Verl. G. Fischer in Jena.

Digitized by Google

Bücheranzeigen und Besprechungen.

W. Guttmann: Elektrizitätslehre für Mediziner. Verlag von G. Thieme, Leipzig 1904. 224 S. mit 263 Abbildungen und 2 lithogr. Tafeln. Preis 4 M. 80.

Im Hinblick auf die grosse Bedeutung, welche die Elektrizität auf dem Gebiete der Medizin erlangt hat, und da in den gebräuchlichen physikalischen Lehrbüchern bei der Lehre von der Elektrizität die ärztlichen Bedürfnisse zu wenig berücksichtigt, in den für Aerzte geschriebenen Lehrbüchern der Elektrodiagnostik, Elektrotherapie und Röntgenwissenschaft wiederum die Hauptgesetze der Elektrizitätslehre in wenigen einleitenden Kapiteln zu kurz abgehandelt werden, als dass sie zum vollen Verständnis genügen könnten,—hat der Verf. in dem vorliegenden Buche sich die Aufgabe gestellt, die grundlegenden Gesetze und Erscheinungen der Elektrizitätslehre, soweit sie für den Mediziner in Betracht kommen, in allgemeinverständlicher Form zur Darstellung zu bringen, was ihm auch vollkommen gelungen ist. Eine ausführlichere Behandlung erfahren, mit Rücksicht auf die moderne Entwickelung der Elektromedizin, die elektrischen Maschinen und Transformatoren, sowie die Wechsel- und Drehströme. Besonders dankenswert ist die zum Schluss des Buches auf 47 Seiten hinzugefügte Beschreibung der hauptsächlichen Anwendungsformen der Elektrizität in der modernen Medizin sowie der gebräuchlichsten elektromedizinischen Apparate. Zahlreiche gute Abbildungen und 2 Tafeln, auf denen die Stromverteilung im menschl. Körper und speziell in der Haut dargestellt ist, tragen zum Verständnis des Textes wesentlich bei.

Es kann daher das Guttmann'sche Buch als eine treffliche Einführung in die physikalischen Grundlagen der Elektrodiagnostik, Elektrotherapie und Röntgenwissenschaft durchaus empfohlen werden.

Bernhoff.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 27. Oktober 1904.

Dr. Meyer hält seinen angekündigten Vortrag über: «Myom und Gravidität».

Vortragender entwirft ein Bild der Anschauungen der Autoren der vorigen Jahrhunderte über die Komplikation der Gravidität durchs Myom, welche 1894 von Hofmeister angefochten werden. Er leugnet eine Beeinträchtigung der Fertilität durch Myombildung und erklärt die Prognose dieser Komplikation für relativ günstig. Olshausen schliesst sich nicht in vollem Umfang dieser Auffassung an. Die von ihm (Veits Handbuch) gegebene Schilderung der Beeinflussung des Myoms durch die Gravidität, sowie der letzteren, der Geburt und des Wochenbetts durch das Myom wird kurz referiert.

Nach Erwähnung der von Winter jüngst mitgeteilten Erfahrungen über diese Frage, wird über die Resultate der von der Doktorin Ulesko-Stroganowa angestellten mikroskopischen Untersuchungen über die Veränderung der Struktur des Myoms durch die Gravidität berichtet.

Vortragender hat unter 119 operierten Kranken bei den Verheirateten 30 pCt. Sterilität konstatiert. 50 Frauen hatten im Durchschnittsalter von 31,5 Jahren 3,7 Kinder geboren, die letzte Geburt 11,6 Jahr vor der Operation durchgemacht. Da eine Statistik über der Fertilität der Ehen bei uns noch nicht existiert, werden zum Vergleich 125 wegen Ovarialtumoren operierte Frauen herangezogen. Hier fanden sich 11 pCt. Sterilität; 65 Frauen hatten im Durchschnittsalter von 31,9 Jahren 3,8 Kinder geboren, die letzte Geburt 6,3 Jahr vor der Operation durchgemacht. Da wohl anzunehmen ist, dass Ovarialtumoren die Fertilität beeinflussen, spricht die wenngleich nur in geringem Masse günstigere Statistik der an ihnen leidenden Frauen im Vergleich mit den Myomkranken für eine Beeinträchtigung der Fertilität durchs Myom.

Vortragender berichtet über 9 Fälle von Geburten, wo die Schwangerschaft durch Myom kompliziert war. 4 Fälle verliefen spontan — in allen hatten die Myome vor der Gravidität gar keinen Einfluss auf die Gesundheit der Trägerinnen ausgeübt. 1 Fall machte im Frühwochenbett die Entfernung des Tumors notwendig (Inversio uteri); in 2 Fällen musste die Geburt operativ beendet werden, das Wochenbett verlief tödlich, — (einmal Ruptur des Uterus, einmal Peritonitis, wobei im erweichten Myom Bacterium coli nachgewiesen wurde). Im 8. Falle musste intra partum ein Myom der hinteren Lippe, welche ein absolutes Geburtshindernis bildete, enucleirt werden, im 9. Fall wurde mit gutem Erfolg im 3. Monat der Gravidität das sehr grosse extraligamentär tief am Cervix herab entwickelte Myom durch supravaginale Amputation entfernt. Vortragender betont den Unterschied zwischen Frauen, die Myome haben und «myomkranken» Frauen. Wenn bei ersteren das Myom oft nur zufällig gefunden wird und keinen nachweisbaren Einfluss auf die Gravidität und Geburt ausübt, so ist bei letzteren Gravidität selten, Geburt und Wochenbett oft von gefährlichen Störungen begleitet.

(Autoreferat).

Zum Schluss demonstriert M. 3 durch Operationem gewonnene Praeparate von myomatösen graviden Uteri, sowie mikroskopische Bilder der Veränderungen, welche im Myom durch die Gravidät hervorgerufen werden.

Diskussion:

Pfaff fragt, ob nicht die Verkürzung der Fertilitätsperiode myomkranker Frauen mit event. künstlicher Verhinderung der Conception in Zusammenhang stehen könne.

Graubner fragt, wie es komme, dass die myombehafteten Frauen annähernd ebensoviel Kinder zur Welt gebracht haben wie gesunde.

Meyer: die Neigung die Conception zu verhüten ist bei uns eine Erscheinung der letzten 5 Jahre. Vor der Zeit wusste man in den besseren Kreisen davon nicht viel, auch in den Dörfern hatte sich die Unsitte noch nicht verbreitet. Es ist daher nicht wahrscheinlich, dass dieser Faktor die Statistik beeinflusst hat, zumal es den Patientinnen im Beginn der Erkrankung garnicht in den Sinn kommt, dass sie gefährlich krank sind. Eher könnte dieser Faktor bei den an Ovarialtumoren erkrankten eine Rolle spielen, die meist in jüngerem Lebensalter stehen.

Graubner gegenüber führt Meyer aus, dass die von den Myomkranken zur Welt gebrachten 203 Kinder in einer Zeit geboren wurden; wo die Frauen noch nicht myomkrank waren. Die Keime zur Erkrankung mögen schon in den 20-ger Jahren vorhanden gewesen sein, doch unbewusst: die 203 Geburten sind ohne nennenswerte Schwierigkeiten verlaufen. Von dem Zeitpunkt an, wo die Frauen «myomkrank» sind, macht sich die deutliche Abkürzung der Fertilitätsperiode bemerkbar.

Sekretär: Dr. med. Th. Lackschewitz.

Dr. med. Alfred Frantzen †.

Am 10. März verschied nach langem schweren Leiden Dr. med. A. Frantzen. Nicht unerwartet kam den Kollegen diese Trauernachricht. Wussten doch Alle, die ihm näher standen, dass seit dem Ende des vorigen Jahres eine Hoffnung auf Genesung, nach dem Schlaganfall, der ihn am 17. September auf das Krankenlager geworfen hatte, ausgeschlossen war. Die Wünsche, die ihn in seinen Leiden begleiteten, bezogen sich nur noch auf ein baldiges, möglichst leichtes Ende. Beinahe 6 Monate hat sein Siechtum angedauert, ein halbes Jahr fast widerstand sein Körper unter heftigen Schmerzen der tückischen Krankheit, die ihn in der Blüte seiner Jahre dahingerafft hat. Hatte er doch vor Monatsfrist erst sein 42. Lebensjahr vollendet.

Im Jahre 1863 zu Petersburg geboren, bezog Frantzen 1880 die Universität Dorpat, wo er der Corporation Estonia angehörte. 1887 wurde er nach Verteidigung seiner Inauguraldissertation «Ueber die Mechanik des Magens beim Brechakte» zum Doktor der Medizin promoviert. Im selben Jahre liess er sich in seiner Vaterstadt als praktischer Arzt, speziell für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten, nieder. Die ersten Jahre arbeitete er als Externer an der Nadeshdinski Gebäranstalt, 1889 trat er als Teilhaber in die im Jahre 1885 gegründete Wassili-Ostrowsche Privatklinik für Frauen ein. Als das Alexandra-Stift für Frauen begründet wurde, übernahm Frantzen dort eine Ambulanz für Frauenkrankheiten, wie er sie bis dahin am deutschen Alexander-Hospital gehabt hatte. Erst 2 Jahre vor seinem Tode zwang ihn zunehmende Kränklichkeit diese Tätigkeit aufzugeben. Im Jahre 1894 schuf er in Terrijokki eine Warmbadeanstalt mit Massage, Douchen, Schlamm-

Digitized by Google

Moor- und Salzbädern, die er bis zu seinem Tode leitete. Seit 1894 fungierte er als Direktor des Stieglitzschen Kinderasyls, wo er im Range bis zum Staatsrat aufrückte und mit russischen Orden bis zum Annenorden II. Klasse, den er noch auf seinem letzten Krankenlager erhielt, ausgezeichnet wurde.

Frantzens Geschicklichkeit als Operateur, seine Sorgsamkeit und Gewissenhaftigkeit als Arzt, seine liebenswürdige Persönlichkeit erwarben ihm bald eine zahlreiche Privatklientel, die mit grosser Liebe und Anhänglichkeit bis zuletzt an ihm hing. Kränklich war er schon seit Jahren, aber sein eiserner Wille zwang den müden Körper, den Anforderungen des Berufes zu genügen. Erst in den letzten Jahren, als seine Krankheit gefahrdrohende Dimensionen annahm, gab er den Bitten der Freunde nach und gönnte sich jährlich einige Wochen Ruhe, die er meist an der Riviera verbrachte. Genesung konnten ihm diese Reisen nicht mehr bringen, aber sie haben ihm wohl noch die Möglichkeit gegeben, bis zum Herbst 1904 den anstrengenden Beruf zu erfüllen.

Ein talentvoller, gewissenhafter Arzt, ein treuer Freund und Kollege ist dahingegangen. Möge er sanft ruhen!

S.

Vermischtes.

— Der frühere Direktor der chirurgischen Charitéklinik in Berlin, Prof. Dr. Franz König, beging am 7./20. März das goldene Doktorjubiläum. Der berühmte Chirurg, welcher vor kurzem sein 73. Lebensjahr vollendete, erhielt seine medizinische Ausbildung in Marburg, wo er auch vor 50 Jahren zum Doktor medicinae promoviert wurde. Nachdem er 35 Jahre als Professor und Chemiker, anfangs in Rostock, dann in Göttingen und zuletzt als Nachfolger Bardelebens an der Berliner Universität gewirkt, nahm er im vorigen Jahre seinen Abschied, um seine Ruhetage in Jena zu verleben.

— Der Leibchirurg Prof. emer. Dr. Eugen Pawlow ist am 9. März in Allerhöchstem Auftrage zur Inspektion der Hospitäler in den Fernen Osten abgereist.

— Der bekannte Berliner Anatom Prof. Dr. Waldeyer ist von der Society of medical Jurisprudence in New-York, deren Präsident der aus Deutschland stammende Prof. Dr. Carl Beck ist, zum Ehrenmitglied ernannt worden. («Allg. m. C.-Ztg.»).

— Der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des Kiewschen Militärbezirks, wirkl. Staatsrat Dr Schmemann, ist krankheitshalber verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrat. Zu seinem Nachfolger ist der Divisionsarzt der 77. Inf.-Divis., wirkl. Staatsrat Dr. Lobko, ernannt worden.

— Der Prof. ord. der Kiewer Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Tritschel, ist von dem Amt eines ausseretatmässigen Ordinators und Leiters der klinischen Abteilung des Kiewschen Militärhospitals entbunden worden, welches Amt dem Prof. ord. Dr. Wagner übertragen worden ist, bei gleichzeitiger Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Zu Aerzten für besondere Aufträge V. Klasse bei der Militär-Medizinalverwaltung des sibirischen Militärbezirks sind ernannt: der Brigadearzt der Omsker örtlichen Brigade Dr. Naryschkin und der Beamte VI. Klasse bei der Ober-Militärmedizinalverwaltung Dr. Kerstens — beide mit Belassung in ihren gegenwärtigen Aemtern.

— Der Korpsarzt des 3. Armeekorps, wirkl. Staatsrat Dr. Mankowski, ist wegen Krankheit mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Wie wir im «Prawitelstwenny Westnik» vom 12. März a. c. lesen, ist dem bekanntlich im August vorigen Jahres im Fernen Osten verstorbenen Arzt Bernhard Böttcher für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner der St. Stanislaus-Orden III. Klasse mit Schwertern am 4. Februar 1905 verliehen worden.

— Am weiblichen medizinischen Institut haben sich Dr. Sicinski, Assistent des klinischen geburtshülflich-gynäkologischen Instituts und Akkoucheur des Hofhospitals, sowie Dr. N. Kannegiesser, Arzt an der Heilanstalt des Damen-Lazarettkomitees, als Privatdozenten für Geburtshülfe habilitiert.

— Verstorben: 1) Am 10. März in Kiew der frühere Professor der Chirurgie an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Theodor Bornhaupt, im 63. Lebensjahre. Zu Riga geboren und erzogen, widmete sich der Hingeschiedene von 1861—1866 dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität. Nach Erlangung der Doktorwürde war B. Arzt der Gräfin Stroganow, dann Arzt zu Werchne-Uralsk im Gouv. Orenburg und fungierte 1877—1878 als Arzt auf dem Kriegsschauplatz im Kaukasus. Nach dem Kriege wurde er auf zwei Jahre zur weiteren wissenschaftlichen Ausbildung auf Kronskosten in's Ausland abkommandiert, wo er sich in Berlin, Halle, Paris und London mit der Chirurgie und pathologischen Anatomie beschäftigte, und war dann Ordinator am Hospital des Preobrashenskischen Leibgarderegiments, bis er 1883 als ordentlicher Professor auf den Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik in Kiew berufen wurde. Wegen zunehmender Kränklichkeit trat er i. J. 1902 nach 35-jähriger ärztlicher Tätigkeit in den Ruhestand und verlebte seine letzten Tage in Kiew, wo er als Chirurg in hohem Ansehen stand. 2) In St. Petersburg am 10. März der hiesige Frauenarzt Dr. Alfred Frantzen, Direktor des Kinderasyls des Barons Stieglitz, im eben vollendeten 42. Lebensjahre an den Folgen eines Schlaganfalles. Einen ausführlichen Nekrolog finden unsere Leser in der heutigen Nr. der Wochenschrift an anderer Stelle. 3) In Serpuchow der dortige langjährige Landschaftsarzt Johann Witte im Alter von 52 Jahren nach 25-jähriger praktischer Tätigkeit. 4) In Kostroma der Landschaftsarzt des Fleckens Parfentjew (Kreis Kologriw), Dr. Alexis Winogradow, im 53. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene i. J. 1878 erlangt. 5) In Christiania Prof. Dr. Johann Hjort, ein hervorragender Augenarzt, der u. a. mit Erfolg die offene Nachbehandlung der Staroperation eingeführt hat.

— In Mukden sind, wie der Oberbevollmächtigte des Roten Kreuzes Fürst Wassiltschikow aus Charbin mitteilt, ausser den Bevollmächtigten Gutschkow, Olssufjew, Richter und Gerassimow, die Aerzte Butz, Woinitsch, Wangmut (?), Christianski: Kolessnikow, Petin, Ssergiewski, Brodowitsch, Krüger, Zumpft und Potejenko zurückgeblieben.

— Zum Libauschen Lazarett, das von der Libauschen Abteilung des Roten Kreuzes auf den Kriegsschauplatz geschickt wurde, ist neuerdings unter der Führung von Dr. Schabert eine Hülfskolonne, bestehend aus 4 Schwestern und 9 Sanitären, abgesandt worden.

— Der Oberarzt der vom Adel Russlands ausgerüsteten und splendid dotierten Sanitätskolonne im Fernen Osten, Dr. P. Postnikow, welcher sich seit einiger Zeit in Moskau befindet, wird, wie verlautet, nicht mehr auf den Kriegsschauplatz zurückkehren.

— Von dem russisch-holländischen Feldlazarett sind in Mukden die Mitglieder einer von demselben ausgesandten fliegenden Kolonne Dr. Lieven, stud. Riesenkampff, 2 Schwestern und 2 Sanitäre zurückgeblieben, welche nach einer dem Komitee zugegangenen Mitteilung sich wohl befinden.

— Gegen den Prof. extraord. Dr. Vulpius, Leiter einer orthopädischen Privatklinik in Heidelberg, war von einem Patienten, der unter seiner Behandlung ein im Knie ankylotisches Bein bis oberhalb des Knies verloren hatte, eine Entschädigungsklage angestrengt worden. Prof. V. ist nun vom Landgericht wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt worden: 1) dem Kläger ein künstliches Bein zu beschaffen; 2) dem Kläger eine Jahresrente von 600 Mark, und 3) einen Kapitalbetrag von 12,000 Mark zu bezahlen.

— Dem Professor der Epizootologie und Veterinärpolizei an der militär-medizinischen Akademie, Mag. veter. N. Mary, ist auf Ansuchen der genannten Akademie gestattet worden, die Vorlesungen an der Akademie zu besuchen und nach Absolvierung des vollen Kursus sich der Prüfung auf den Arztgrad vor der med. Prüfungskommission zu unterziehen.

(Birsh. Wed. — R. Wr.)

— Der Kaiser von Japan soll den in Gefangenschaft befindlichen russischen Aerzten gestattet haben, die russischen Gefangenen in Japan zu behandeln, da die japanischen Aerzte zur Behandlung der japanischen Verwundeten in der Mandschurei verwandt werden müssen. Die russischen Aerzte werden von der japanischen Regierung für ihre Dienste besoldet werden.

— Ein «Magnetopath» vor Gericht. Wegen unlauteren Wettbewerbes stand der «Magnetopath» Karl Pohl vor der 9. Strafkammer des Landgerichts in Berlin. Der Angeklagte war seines Zeichens Graveur und betrieb eine Schablonenfabrik. Dann hörte er Vorträge über Hypnotismus und Magnetismus, las Bücher darüber und wurde

Digitized by Google

schliesslich «Heilkundiger». Als Motto hat er den schönen Spruch ersonnen: «Der Tod hat drei Pathen: die Allopathie, die Homöopathie und die Hydropathie. Das Leben hat nur einen Pathen — den Magnetopathen». Nach seiner Ansicht ist die Medizin geeignet, Leben und Gesundheit zu verderben, während der «Magnetopath» durch «Auswechslung von Kraft und Stoff» das Leben erhalte. In seinen öffentlichen Anpreisungen pflegt der Angeklagte den Mund sehr voll zu nehmen. Er ist auch vor einiger Zeit schon wegen unlauteren Wettbewerbes zu 1000 M. Geldstrafe verurteilt worden. Jetzt stand wieder eine marktschreierische Anzeige unter Anklage. Sie machte «Zum neuen Jahr» alle Kranken darauf aufmerksam, dass es dem Pohl gelungen sei, «starkes Rückenmarksleiden vollständig zu beseitigen», selbst in Fällen, die fast unheilbar schienen. Die Heilung geschehe durch «Uebertragung des Lebensmagnetismus», Beförderung des Stoffwechsels, «Bildung neuen Rückenmarkes»» u. s. w. Auf Grund dieser Anzeige hatte Professor Dr. Kossmann namens der Aerztekammer den Strafantrag gestellt. Der Gerichtshof verurteilte den Angeklagten zu 500 M. Geldstrafe.

— Epidemiologisches. Die Bubonenpest greift in Indien wieder in beängstigender Weise um sich. Während sonst bei Eintreten wärmerer Witterung die Pest nachzulassen pflegt, hat sie in diesem Jahre an Heftigkeit zugenommen. Sie hat ihren Sitz hauptsächlich in den schmutzigen Vierteln der indischen Städte. Es werden wöchentlich etwa 35,000, in der letzten Woche sogar 45,000 Todesfälle gemeldet. Dabei steht es fest, dass eine grosse Anzahl der Todesfälle verheimlicht wird. Die Opposition gegen die Massnahmen der Regierung erklärt sich zum Teil aus der Tatsache, dass die Zwangsimpfung mit dem sogenannten Pestserum die fürchterlichsten Folgen gehabt haben soll. Hunderte der Geimpften sollen an Mundsperre gestorben sein. Die Pest tritt am stärksten in Audh, Rohilkand und im Pandjab auf. Manche Dörfer haben bereits 75 Proz. ihrer Bevölkerung eingebüsst. Im Jahre 1903 soll in Indien ungefähr eine Million Menschen der Pest erlegen sein.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. März d. J. 10597 (521 mehr als in d. Vorw.), darunter 1224 Typhus — (62 mehr). 946 Syphilis — (49 mehr), 285 Scharlach — (32 mehr), 116 Diphtherie — (11 mehr), 79 Masern — (23 mehr) und 31 Pockenkranke — (6 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 27. Februar bis 5. März 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
523	392	915	223	92	142	16	17	38	83	63	62	63	63	37	15	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 54, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 26, Scharlach 9, Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 6. Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 12, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 121, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 93, Tuberkulose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 76, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungskanals 123, Totgeborene 41.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 22. März 1905.

Tagesordnung: Fick: Zur Kasuistik der Hernien.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 11. April 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Ein sehr nützliches Produkt aus Cascara-Sagrada

„CASCARINE LEPRINCE"

C12 H10 O5

Medizinische Akademie 12. Juli 1892.

Akademie d. Wissenschaften 1. April 1893 u. 3. Juli 1899.

Erprobt: bei gewöhnlicher Verstopfung, Leberleiden, als antiseptisches Mittel für die Verdauungsorgane; bei Atonie des Verdauungskanals, Verstopfung bei Schwangeren und mit der Brust Stillenden, und gegen Gallenstein.

Gewöhnliche Dosis in Pillen: 2 Pillen nach dem Essen oder zur Nacht vor dem Schlafengehen.

Haupt-Depot: 62, rue de la Tour, Paris. (32) 12—3.

Depot in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(3) 17—17.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT — 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT — zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. Koeniger.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Digitized by Google

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Bromipin. *Ausgezeichneter Ersatz für Bromalkalien — besonders wertvoll in der Frauen- und Kinderpraxis. — Bromipin kann unbedenklich in grösseren Dosen gegeben werden.* (12) 13—8.

Dionin. *Ein mildes, relativ ungiftiges, in Wasser leicht lösliches Morphinderivat von hervorragender schmerz- und hustenstillender Wirkung. Ist in allen Fällen als Ersatzmittel für Morphium und Codeïn mit Nutzen zu verwenden.*

Jodipin. *Der beste Ersatz für Jodalkalien. Anerkanntes Mittel bei Lues, Bronchitis, Arteriosklerose, Skrophulose, Tuberkulosis inciniens, sowie in allen anderen Fällen, in denen Jodpräparate indiziert sind.*

Salit (Salicylsäurebornylester). Wirkt als **äusserliches** Mittel besonders günstig bei allen nach Erkältung auftretenden **rheumatischen** und **neuralgischen Schmerzen,** bei **Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus** und **Ischias.** Von einer Mischung aus gleichen Teilen Salit und Olivenöl in der Regel täglich 2 mal ½ bis 1 Kaffeelöffel voll in die Haut der erkrankten Körperteile einzureiben. — Salit ist ausserordentlich billig.

Collargol. Bei **septischen Erkrankungen** (Septikämie, Puerperalprozessen — auch prophylaktisch bei Geburten —, Endokarditis, Milzbrand etc.) als Lösung zur **intravenösen** und **rektalen** Anwendung, als **„Unguentum Credé“** zum Einreiben. — Zur **Wundbehandlung** in Form von Tabletten etc.

Itrol. Silberpräparat für Augen- und Geschlechtskrankheiten, besonders **Gonorrhöe.**

Acoin. Billiges **Lokal-Anästhetikum** von intensiverer und längerer Wirkung als Kokain.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (19) 11—4.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Wasserheilanstalt

Traunstein-Oberbayern

Sanatorium für Nervenkranke

Das ganze Jahr geöffnet. Leiter und Besitzer Dr. med. **G. Wolf.**

EISENACH.

KURANSTALT HAINSTEIN

NAHE DER WARTBURG

DAS GANZE JAHR GEÖFFNET

LEITENDER ARZT DR. HESS.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege nothwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien. **Friedrichroda** i. Thür. Prachtvolle, sonnige Lage. Ausführliche illustrierte Prospekte.

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Kalte Seebäder. Temperatur des Wassers 15—16° R. Comfortabel eingerichtete Kurbadeanstalt und Kurhaus im Parke am Meere.: Beginn der Saison **20. Mai,** Schluss derselben **20. August.** Verabfolgt werden. **Schlamm-, Moor-, Salz-, electrische, Sand-, Kohlensaure-** und andere Heilbäder, **hydrotherapeutische und orthopädische Behandlung, Luft- und Lichtbäder.** Dieselben sind wirksam gegen **Herz- und Nervenerkrankungen,** Rheumatismus, zahlreiche chronische Krankheiten, Lähmungen, Bleichsucht, Skrofulose, Rhachitis. **Frauenleiden** und andere Krankheiten mehr. **Massage. Desinfizierte Wäsche. Täglich Musik. Keine Kurtaxe.** Weiterausgedehnte **Anlagen,** viele **Promenaden** am Meere. **Billiges Leben. Dampfer- und Eisenbahnverbindung.** Nähere **Auskünfte,** Prospecte und Quartiervermittelung **gratis** durch

(40) 6—2. die Badecommission.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Luitgart Heimberger, Вас. Остр., 6 лин., д. 29, кв. 13.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Frau L. A. Bogoslowskaja, Ertelef Pereulok № 16, Qu. 6.

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Marie Winkler, уг. Соляпова пер. и Пантелеймоновской ул. д. 4. кв. 11.

Frau Minna Rieser, geb. **Franke.** Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Довв. ценз. Спб., 18 Марта 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY
UNIV. OF MICH.
MAY 4 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14. zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

Infolge Erhöhung der Preise für Druckarbeiten sind wir genötigt die Insertionspreise vom 1. April 1905 an zu erhöhen und zwar von 16 auf 20 Kop. (von 35 auf 45 Pf.) pro Zeile der 3 mal gespaltenen Seite.

№ 12 St. Petersburg, den 26. März (8. April). **1905.**

Inhalt: Dr. med. A. Keilmann: Ueber Symphyseotomie. — **Referate:** Aexel Eurén: Ueber Aethernarkose nach der Tropfmethode. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** H. Kisch: Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung. — Hermann Frey: Ueber die spezifische Behandlung der Tuberkulose. — Sobotta: Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen. — Dr. Franz Mracek: Atlas und Grundriss der Hautkrankheiten. — Prof. A. Eulenburg: Untersuchung des Nervensystems. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

(Aus der gyn.-geb. Abt. des Stadtkrankenhauses zu Riga.)

Ueber Symphyseotomie.

(Vortrag, gehalten in der Gesellsch. prakt. Aerzte zu Riga.)

Von

Dr. med. A. Keilmann.

M. H.! Die im Jahre 1777 zum ersten Male von Sigault ausgeführte Operation fand z. T. begeisterte Aufnahme, z. T. wurde sie mit Erfolg bekämpft, wobei die wirksamsten Waffen, deren sich ihre Gegner bedienen konnten, die direkten Misserfolge waren, sowohl die hinsichtlich der Kinder, als auch die hinsichtlich der Mütter.

Die Madame Souchot, deren Entbindung durch Sigault Aufsehen erregte, befand sich ca. 1 Jahr nach der Operation nach Schilderung Hunczosky's (Medizin. chirurg. Beobachtungen auf seinen Reisen durch Engl. und Frankr., Wien 1783) in einem keineswegs befriedigenden Zustande (Gehstörungen und Harnfistel), so dass der genannte Autor sagen konnte: «Man sieht also klar, dass die Operation weit unter den Lobeserhebungen gewesen, die man derselben gleich anfangs mit einer Art von Enthusiasmus beilegte und dass man das Publikum nur zu hintergehen gesucht habe, da man die Umstände der Operation anders schilderte». Der Kampf für und wieder die Symphyseotomie wogte noch eine Zeit lang hin und her und finden wir ein abschliessendes Urteil über die Operation in Siebold's Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe (Berlin 1845, B. II. p. 523): «Zeit und Erfahrung haben über eine Operation den Stab gebrochen, welche jetzt nur noch verblendeten und tollkühnen Fachgenossen mehr sein kann, als eine blosse historische Merkwürdigkeit». Noch ein Mal betonte dann Siebold (p. 224), dass die Akten über die Symphyseotomie geschlossen seien und diese gänzlich der Geschichte angehöre. Darin hat er sich nun getäuscht, denn wenn auch mehr als ein Jahrhundert verging, ehe von der Symphyseotomie wieder die Rede war, ist sie von Morisani doch wieder ausgeführt worden und die verbesserten Resultate der Operation ebneten ihr im Laufe von 25 Jahren schliesslich den Weg zu einem zweiten Siegeszuge, der sie in den Jahren 1891, 1892, 1893 von Neapel aus auch in die meisten deutschen Kliniken führte, wo sie z. T. begeisterte Aufnahme fand. Unter dem Zeichen der Asepsis konnten ihr in der Tat auch andere Erfolge beschieden sein, als vor 100 Jahren erwartet werden konnte.

Durch die grosse Menge von allen Seiten erfolgender Mitteilungen von glücklich verlaufenen Symphyseotomien gewann man den Eindruck, dass das Wiederaufleben dieser Operation eine überaus wertvolle Bereicherung der geburtshilflichen Heilverfahren bedeute und die erste derartige Operation, die ich zu sehen Gelegenheit hatte, schien auch mir diesen Eindruck zu bestätigen: zwei Tage hatte ich einen partus in der Dorpater Poliklinik beobachtet; auch als der Muttermund vollkommen verstrichen war, trat der grosse Kopf nicht in das nur mässig verengte platte Becken ein; nach Konsultation mit dem Kollegen von Knorre machten wir einen Impressionsversuch und als dieser misslang, sahen wir die Indikation zur Symphyseotomie, neben der zum Kaiserschnitt, als gegeben an und transferierten die Kreissende in die Klinik. Prof. Küstner entschied sich für die Symphyseotomie und führte dieselbe sofort aus. Es war die erste Symphyseotomie in Dorpat. Der Verlauf der Operation und der Heilung, über den Prof. Küstner auf dem V. Kongress der D. G. f. G. (in Breslau 1893) berichtet hat, stellte nach jeder Richtung einen Erfolg dar.

Mit Spannung musste man damals dem Verlauf des erwähnten V. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie entgegensehen, auf dem die Symphyseotomie als Hauptthema behandelt werden sollte. Nicht weniger, als 25 namhafte Geburtshelfer beteiligten sich an der Diskussion mit wichtigen Beiträgen und brachten eine massgebende Klarheit in die Symphyseotomiefrage, wenn

Digitized by Google

auch z. T. das Resultat enttäuscht haben mag. Meinem Urteil nach hat hinsichtlich der Indikationsstellung neben anderen Schauta dem Erfahrungsresultat den präzisesten Ausdruck verliehen und muss ich in den Beobachtungen und Erfahrungen, die ich selbst in den seither verflossenen 11 Jahren machen konnte, eine Bestätigung der Anschauungen des genannten Autors sehen. Ich lasse die kurzen Ausführungen Schauta's über die Indikationen der Symphyseotomie wörtlich folgen (cf. Verh. d. D. G. f. Gyn. Leipzig 1893):

«Als die Symphyseotomie in den Vordergrund der Aktion trat, sagte ich mir, dass diese Operation nur für wenige Fälle ein Bedürfnis darstellen würde. Dieses Bedürfnis ergab sich mir in folgenden Fällen. Wenn es sich um eine Beckenverengerung mittleren Grades handelt, bei der die Indikation zum Kaiserschnitt vorhanden wäre, so führe ich den Kaiserschnitt aus dieser Indikation nur dann aus, wenn ich die Asepsis des Genital-Apparates gewissermassen in meinen Händen habe, wenn ich also gewiss bin, dass die Kranke noch nicht vor mir von irgend jemand, sei es nun Hebamme oder Arzt, untersucht worden ist». — «Es giebt also gewisse Fälle, in denen man die Sectio caesarea im Interesse der Mütter nicht ausführen kann. Diese Fälle bildeten eine Lücke und, um diese Lücke auszufüllen, schien mir die Symphyseotomie doch bedeutsam. Ich gehe nun nach folgenden Grundsätzen vor. Wenn die Person, welche ich vor mir habe, vollkommen aseptisch ist und der Kopf des Kindes hoch und beweglich steht, mache ich bei gegebener Indikation den Kaiserschnitt. Ist die Gebärende nicht mehr aseptisch und steht der Kopf hoch und beweglich, dann warte ich, bis er sich fixiert hat. Im letzteren Falle mache ich die Symphyseotomie und schliesse an sie gleich die Extraktion an».

Während meiner Assistentenzeit in Breslau wurden von Prof. Küstner ausser der Symphyseotomie in Dorpat noch 5 oder 6 derartige Operationen ausgeführt; diese Zahl erscheint gering, da sie in Beziehung gesetzt werden muss zu 3000—3500 Stationsgeburten, mit einer durchschnittlichen Frequenz der Beckenverengungen von 14—16 pCt. Eine erfolgreiche Konkurrenz konnte die Symphyseotomie dem der künstlichen Frühgeburt und dem Kaiserschnitt nicht machen. Wertvoll ist aber der Schamfugenschnitt, wo die beiden letztgenannten Verfahren nicht angewendet werden können. Und wenn die Beckenverengungen bei uns zu Lande im ganzen selten sind, so zeigt der nachstehende Fall, dass die Indikation zur Symphyseotomie zwar selten, doch gelegentlich berechtigt erscheint. Es ist dieses der einzige Fall unter ca. 2000 Stationsgeburten.

A. K. 34 a. n. hat 3 mal geboren, 1 mal abortiert. Nach langem Kreissen sind alle Geburten mit schweren Zangenoperationen beendet worden: das erste Kind wurde tot geboren, das zweite asphyktisch, wurde jedoch wiederbelebt, das dritte wurde desgleichen tot extrahiert.

Die Zeit der letzten Regel konnte nicht angegeben werden. Nach 3-tägigem Kreissen wurde Pat. in die Anstalt gebracht, nachdem bereits tags vorher das Fruchtwasser abgegangen war. Die Kreissende gab an von 2 Aerzten und einer Hebamme — «sehr oft» — untersucht worden zu sein.

Status bei der Aufnahme war folgender:

Gracil gebaute, kleine Frau in dürftigem Ernährungszustande, Bauchdecken sehr dünn, sonst bot der Organbefund keine Abweichung vom Normalen.

Der Fundus uteri steht 3 Fingerbreiten unter dem proc. xiph.; der Uterus ist sehr beweglich und folgt ausgiebig seiner Schwere bei Bewegungen der Frau, ohne durch die dünnen, schlaffen Bauchdecken daran gehindert zu werden. Der Fötus liegt in II. Schädellage mit frei über dem Becken beweglichem Kopf. Die Herztöne des Kindes regelmässig, von guter Qualität und normaler Frequenz. Die Wehen sind unregelmässig, sehr schmerzhaft, jedoch von geringer Kraft.

Bei der inneren Untersuchung lässt sich das Promontorium leicht erreichen und die Länge der Conj. diagonalis auf 9—9½ cm. bestimmen. Eine quere Verengung lässt sich nicht erkennen. Der Muttermund ist für 4 Finger durchgängig, seine Ränder dünn, wenn auch nicht sehr weich; die Blase ist gesprungen; der harte, grosse Kopf ist von der Vagina aus beweglich im Beckeneingang zu fühlen, indem der in das Becken hineinragende Teil im wesentlichen durch eine grosse Kopfgeschwulst dargestellt wird.

Bei dieser Lage der Dinge musste ich mich, meiner Ansicht nach, zunächst unbedingt abwartend verhalten:. weil die Eröffnung des Muttermundes noch keine vollkommene, die Wehen unregelmässig und wenig intensiv waren, konnte nicht in Abrede gestellt werden, dass der Kopf, wenn es gelingt, die Wehen regelmässig und damit vielleicht wirksamer zu machen, nach völligem Verstreichen des Muttermundes sich doch noch configuriert und in's Becken tritt; waren doch drei Kinder, wenn auch vielleicht schwer, unzerstückelt durch das Becken gegangen. War ein Missverhältnis zwischen dem Kopfe des Kindes und dem Becken der Mutter auch zweifellos vorhanden, so kann in solchen Fällen der Grad des Missverhältnisses erst nach genügender Beobachtungszeit erkannt werden. Zudem zwangen weder das Befinden des Kindes noch das der Mutter zu sofortigem Eingriff, obgleich letztere als recht angegriffen bezeichnet werden konnte. Die subfebrile Temperatur der Mutter konnte andererseits als einen Eingriff kontraindizierend angesehen werden.

Die Kreissende erhielt alsbald nach der Untersuchung Morphium (0,01) subkutan, worauf die Wehen längere Zeit sistierten, um dann in Pausen von 5 Minuten mit guter Kraft wieder einzusetzen. Nach 12-stündiger Beobachtung erschien der Kopf fester auf den Beckeneingang gepresst, die Kopfgeschwulst grösser, der Muttermund nur wenig weiter. Daher wurde noch eine Gabe Morphium verabreicht, worauf die Kreissende einige Stunden schlief. Nach weiteren 9 Stunden war, obgleich relativ kräftige Wehen sich wieder entwickelt hatten, doch kein nennenswerter Fortschritt zu konstatieren. Die Herztöne des Kindes waren dauernd normal geblieben.

Nunmehr, nach ca. 20-stündiger Beobachtung, musste die Hoffnung auf spontane Erledigung des partus allerdings aufgegeben werden und es galt die richtige Indikation zu stellen.

Obgleich die Extraktion des perforierten Fötus in für die Mutter schonender Weise möglich gewesen wäre, konnte dieses Verfahren doch nicht in Betracht gezogen werden, da das Kind lebte; die «hohe Zange» (der Kopf stand über dem Becken) konnte im vorliegenden Falle nicht zum Ziele führen und wäre meiner Ansicht nach eine für Mutter und Kind gleich gefährliche Operation gewesen. Wenn die «hohe Zange» das bestehende Geburtshindernis zu überwinden vermag, so vermag die Hofmeier'sche Impression des Kopfes dieses auch zu leisten und dazu in viel schonenderer Weise; diese musste also versucht werden.

Bei der grossen Wahrscheinlichkeit des Misslingens der Impression musste aber für die dann endgiltig zum Ziel führende Massnahme vorher die nötige Vorbereitung getroffen werden. Gegeben war dann die relative Indikation zur Sectio caesarea; diese musste in diesem Falle aber unbedingt umgangen werden, es sei denn, dass der Uterus amputiert und der Stumpf extraperitoneal gelagert wird. Es ist eine bedauerliche Tatsache, dass Schauta Recht hat, wenn er die Asepsis des Genitalapparats nicht mehr als vorhanden ansehen zu dürfen glaubt im Falle «irgend jemand» vor ihm untersucht hat; an jedem grösseren Material findet man in unzweifelhaften Zahlen den Beweis für Gefährlichkeit der oft sinnlos häufigen vaginalen Unter-

Digitized by Google

suchungen, wenn sie nicht wirklich mit all den Kautelen ausgeführt werden, die jedem geläufig sein müssten, der sonst zu solchen Untersuchungen berufen ist. Hält Schauta sich für berechtigt, auch Aerzten, die vorher die in Betracht kommenden Kreissenden untersucht haben, nicht genügendes Vertrauen zu schenken, so wird man ihm darin leider nicht widersprechen können; Hebammen, die bei längerer Geburtsdauer die Kreissende aseptisch erhalten, gehören vollends zu den Ausnahmen. Gerade in den Fällen, die in ihrem Verlauf grössere Eingriffe heischen, tritt die Fehlerhaftigkeit der Vorbehandlung in grelles Licht, zumal ein Kaiserschnitt bei einer Frau, die von einer Hebamme «sehr oft» untersucht ist, erscheint mir auch nach eigenen trüben Erfahrungen streng kontraindiziert.

Im vorliegenden Falle blieb mir also nur eine Möglichkeit nach etwaigem Misslingen der Impression — die Symphyseotomie. Diese wurde, da die Impression in tiefer Narkose auf unüberwindlichen Widerstand stiess, denn auch sofort angeschlossen.

Operation: Nach entsprechender aseptischer Vorbereitung wird der Hautschnitt in der Medianlinie über der Symphyse angelegt, ein krummes geknöpftes Messer von oben her z. T. hinter die Symphyse geführt und diese bis zur Hälfte leicht durchschnitten; nach geringer Aenderung der Schnittrichtung gelang es ein scheinbares, knöchernes Hindernis zu umgehen und den Schnitt bis zum lig. arcuatum zu verlängern. Da der Kopf sich auch nun noch nicht in's Becken drücken liess, musste auch das lig. arcuatum durchtrennt werden, worauf der Kopf mit der Zange sich leicht in's Becken ziehen liess; die Symphysenenden wichen dabei um 6—7 cm. auseinander. Nach zweitmaliger Anlegung der Zange konnte der Kopf des lebensfrischen Kindes aus dem Becken herausgehoben werden, jedoch nicht ohne Verletzung der vorderen Commissur. Die dabei entstandene Blutung war gering und stand auf kurzdauernde Tamponade; die Harnröhre und Blase blieben intakt. In das Bindegewebe vor der Symphyse wurden einige Seidensuturen gelegt und die Hautwunde zum grössten Teil durch Silknähte geschlossen; durch den oberen Wundwinkel wurde ein Gazestreifen bis auf die Symphyse geführt. ebenso der Raum hinter der Symphyse drainiert. Die Placenta hatte sich alsbald nach Geburt des Kindes spontan gelöst und war leicht exprimiert worden. Das Kind wog 3700 gr. und wurde von der Mutter, mit Beihilfe einer Amme, genährt. Die Heilung verlief mit bald nachlassender, anfangs reichlicher Wundsekretion; die höchste Temp. war 38,5 am 4. Tage, erreichte mehrfach 38,0 im Laufe der ersten zwei Wochen, um dann normal zu bleiben. Eine im Laufe des Wochenbettes aufgetretene Cystitis heilte unter entsprechender Therapie völlig aus. Nach Anlegung eines Verbandes war Pat. zwischen zwei Sandrollen, die auf schiefer Ebene gegen das Becken drückten, gelagert worden.

12 Tage nach der Operation klagte Pat. über heftige Schmerzen im Kreuz, die auf Verletzung des rechten Ileosacralgelenkes bezogen werden mussten. 6 Wochen nach der Operation verliess Pat. das Bett; die Symphysenenden waren unterdessen fest mit einander verwachsen. Bald nach Verlassen des Bettes machte Pat. die ersten selbständigen Gehversuche, die anfangs sehr viel Mühe machten, weil die allgemeine Schwäche der Kranken eine sehr hochgradige war; die Symphyse bot ebenso wenig eine Behinderung beim Gehen, wie die Ileosacralgelenke. 8 Wochen nach der Operation ging Pat. ohne Stütze mühelos umher, ohne irgend welche Schmerzen zu empfinden. Einige Monate nach der Entlassung stellte sich die Mutter mit dem lebenden Kinde vor; sie hatte sich im allgemeinen erholt und war ebenso leistungsfähig wie vor der Gravidität.

Mit dem Erfolge der beschriebenen Operation muss man, wie mir scheint, zufrieden sein, weil bei anderen Massnahmen entweder das Kind hätte geopfert werden müssen oder die Gefahr für die Mutter sich mindestens wesentlich erhöht hätte. Das lange Krankenlager war z. T. durch den von vornherein sehr elenden Allgemeinzustand bedingt und hätte Pat. sich nach einem Kaiserschnitt nicht schneller erholt, wenn nicht gar bei den viel empfindlicheren Verhältnissen der Exitus das Krankenlager verkürzt hätte. Jedenfalls dürfte die Brauchbarkeit der Symphyseotomie an einem Beispiel zu zeigen, berechtigt sein, da, wie mir scheint, die Frequenz der mittleren Beckenverengungen rhachitischen Ursprungs in unsrer Stadt zunimmt und ein Beitrag zur Therapie des engen Beckens im allgemeinen auf das Interesse der Herrn Kollegen rechnen darf.

Referate.

Axel Eurén. Ueber Aethernarkose nach der Tropfmethode. Hygiea. 1904. Sept.

1. Aether kann ebenso wie Chloroform tropfenweise mit einer gewöhnlichen offenen Maske angewandt werden; es zeigt dann nicht die von anderen Aetherisierungsmethoden bekannten Ungelegenheiten beim Einleiten der Narkose, wird leicht auch von kleinen Kindern vertragen und giebt eine durchweg ebenso ruhige Narkose wie Chloroform, während sich zugleich die Ungefährlichkeit des Aethers im Vergleich mit Chloroform bei der Tropfmethode mehr geltend machen kann als bei älteren Formen der Aethernarkose.

2. Aus diesen Gründen kann eine Aethernarkose nach der Tropfmethode mit grösserer Zuversicht als andere Formen von Narkosen ungeübteren Händen überlassen werden.

3. Bei Erwachsenen sichert eine subkutane Morphiuminjektion $^3/_4$—$^1/_2$ Stunde vor der Narkose den Eintritt und die genügende Tiefe derselben. Ist vor der Narkose kein Morphium gegeben worden, so muss man häufig (Potatoren), nach vorhergehender Morphiumdosis nur ausnahmsweise, einige Tropfen Chloroform anwenden, nicht zum Einleiten der Narkose, sondern für den Uebergang derselben vom Exitationszum Toleranzstadium.

4. Die Aethertropfmethode lässt sich auch zur Erzeugung des sog. Aetherrausches (Sudeck) anwenden und ausserdem selbstverständlich mit jeder Form von Lokalanästhesie kombinieren.

Buch.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Kisch. Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung. Erste Abteilung. Verlag von Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien. 1904.

Das vorliegende Werk soll in 4 Abteilungen erscheinen und eine umfassende Darlegung des Geschlechtslebens des Weibes, der physiologischen Sexualtätigkeit, der pathologischen Veränderungen dieser Funktionen, wie der Beeinflussung der somatischen und psychischen Vorgänge von dem Genitalapparat aus, geben. Bisher ist die erste Abteilung erschienen. Diese bringt in ihrem ersten Teil einen allgemeinen, die Geschlechtsverrichtungen des Weibes in ihren Beziehungen zum Gesammtorganismus darlegenden Abschnitt, dahin gehören die Menstruation, Pubertät, Beziehungen zu dem Gesammtorganismus.

Verf., der ein Gesamtbild der Sexualtätigkeit des Weibes zu zeichnen versucht, wirft manches Streiflicht auf das kulturelle und das hygienische Gebiet, auch aus der alten Geschichte führt er manche Beobachtungen an. Manche Kapitel werden besonders ausführlich besprochen, weil die Handbücher der Gynäkologie auf manche das physische, psychische und soziale Verhalten des Weibes bezügliche Fragen zu wenig eingehen. Die folgenden Abteilungen werden nicht minder interessante Fragen berühren, wie die Pathologie des Geschlechtslebens, die sexuelle Hygiene, das Heiraten kranker Mädchen etc.

Lingen.

Digitized by Google

Hermann Frey. Ueber die spezifische Behandlung der Tuberkulose (Tuberkulin- und Serumtherapie). (Leipzig und Wien, Franz Deuticke 1905).

Verf., Arzt in Davos, tritt für die Notwendigkeit einer spezifischen Behandlung der Tuberkulose ein, um nicht nur klinische, sondern auch anatomische Heilung derselben zu erreichen. Speciell bespricht er die Behandlung mit Denys'schem Tuberkulin («Bouillon filtré du bacille de Koch») und dem Marmorek'schen Serum antituberculeux. Die Grundlage der Heilwirkung der Tuberkuline sieht er in der lokalen Hyperaemie um die tuberkulösen Herde. «Wenn die Reize, die eine solche Hyperaemie erzeugen (Tuberkulineinspritzungen) ziemlich rasch aufeinander folgen, so tritt im Bereich der hyperaemischen Zone eine serofibrinöse Transsudation und Leukozyteninvasion ein und diese Faktoren sind es, die die Heilung vollbringen». Nach Verf. verdient das Denys'sche Tuberkulin vor anderen Praeparaten deswegen den Vorzug, weil es rein mechanisch (Filtration durch Chamberland'sche Kerzen) sterilisiert sei und nicht verschiedenen Manipulationen unterworfen werde (Einengen im Brutschrank oder Vacuum, starker Glycerinzusatz, Verdünnen mit Karbollösung), deren Unschädlichkeit für die Wirksamkeit des Praeparates nicht ohne weiteres als bewiesen anzusehen ist. Verf. giebt Näheres über die Dosierung und die sonstige Methodik der Injektionen an. In schweren Fällen, wo auf die heilende Reaktion seitens des Organismus nicht mehr zu rechnen ist, verwendet er behufs passiver Immunisierung das Marmorek'sche Antituberkuloseserum. Verf. erblickt in demselben ein antitoxisches Serum, (was mit Marmorek's eigener Anschauung nicht ganz übereinstimmt) und ist überzeugt, dass demselben eine grosse therapeutische Bedeutung zukomme. Unangenehme Nebenerscheinungen sind nicht häufiger und nicht schwerer als sie überhaupt bei Injektionen von Pferdeserum gelegentlich vorkommen können. Die durchaus oberflächliche Beurteilung, der das Serum in der Pariser Akademie de Médécine unterzogen wurde, wird vom Verf. gebührend beleuchtet. (Die Krankengeschichten der von Frey mit Serum behandelten Fälle sind bereits vorher in der Münchener med. Wochenschrift publiziert worden.)

A. Feldt.

Sobotta. Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen. Teil II. Eingeweide, einschliesslich des Herzens. (Bd. III der medizin. Atlanten). Lehmann.

Der vorliegende II. Band reiht sich in jeder Beziehung würdig dem ersten an. Während bei der Knochen- und Bänderlehre eine rein deskriptive Darstellungs- und Abbildungsweise möglich und angebracht ist, ist dieselbe in der Splanchnologie, wenigstens teilweise, eine mehr topographische — und dieses nicht zum Schaden des Werkes. Auf 19 farbigen Tafeln und 187 Abbildungen, von denen jede einzelne ein Kunstwerk ist, haben wir eine meisterhafte Darstellung der einschlägigen Gebiete vor uns.

Der beigegebene Grundriss, der ebenso wie der vom ersten Bande auch unabhängig als Handbuch zu jedem Atlas benutzt werden kann, giebt eine klare und erschöpfende Darstellung, mit besonderer Berücksichtigung und vielfachen Verweisungen auf den Atlas.

Obgleich man bei Werken aus dem Lehmann'schen Verlage an hervorragende Leistungen auf dem Gebiete bildlicher Darstellung gewöhnt ist, erfordern die Tafeln des vorliegenden Atlas doch noch eine besondere lobende Erwähnung.

Wichert.

Dr. Franz Mracek. Atlas und Grundriss der Hautkrankheiten. Zweite vielfach verbesserte und erweiterte Auflage. Lehmann's Medizin. Handatlanten. Band V. München 1904. J. F. Lehmann's Verlag. Dauerhaft gebunden 16 Mark.

Die Lehmann'schen Handatlanten haben sich dank der vorzüglichen, geradezu künstlerischen Ausführung ihrer Abbildungen und farbigen Tafeln und der Eigenschaft einer übersichtlichen didaktischen Behandlung des Materials einen hervorragenden Platz in der medizinischen Fachliteratur erworben, die Zahl der erschienenen Atlanten beläuft sich bereits auf 31 und sind noch einige in Vorbereitung. Einige derselben sind bereits in mehreren Auflagen erschienen; so liegt auch von dem Atlas der Hautkrankheiten wiederum eine neue Auflage vor, welche im Vergleich zu der im Jahre 1898 erschienenen ersten Auflage eine ganz ungeheuere Bereicherung an farbigen Tafeln erfahren, auch hat der Text eine Umarbeitung erleiden müssen, entsprechend den grossen Fortschritten, welche auf dem Gebiete der Dermatologie in den letzten Jahren gemacht worden sind.

Einer besonderen Empfehlung bedarf dieser Atlas nicht weiter. Der Name des Verfassers desselben garantiert ja für die Güte vollständig.

Hecker.

Prof. A. Eulenburg. Untersuchung des Nervensystems. Mit 48 Figuren. Sonderabdruck aus dem Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Verlag von Urban und Schwarzenberg. 1904.

Auf 123 Seiten giebt der Verf. eine klare und umfassende Anleitung für die Anwendung aller bei der Untersuchung des Nervensystems in Betracht kommenden Methoden, unter welchen auch die Errungenschaften der allerneuesten Zeit gebührende Beachtung erhalten. Das Buch wird sowohl dem Lernenden wie dem Praktiker von grösstem Nutzen sein.

Michelson.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1401. Sitzung vom 7. April 1904.

1. Dr. M. Eliasberg hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber familiäre amaurotische Idiotie».

Mit dem Namen «familiäre amaurotische Idiotie», benannte Prof. Sachs, Prosektor an der New-Yorker Poliklinik, eine ganz bestimmte Krankheitsform. «Mit diesem Namen» sagt Sachs, «habe ich (1896) eine Krankheitsform bezeichnet, die mir schon seit den letzten 10 Jahren ihren Hauptzügen nach bekannt ist. Die charakteristischen Veränderungen im Augenhintergrund sind von verschiedenen Ophthalmologen beschrieben worden, doch ist das Krankheitsbild von den Neurologen und Pädiatern, nam. auf dem europäischen Continent, wenig beachtet worden». (Deutsche mediz. Wochenschr. 1898, p. 33).

Im Jahre 1881 machte Waren Tay (Transactions of the ophth. Soc. of the United Ringdom Vol. I) auf einen seltenen Augenbefund aufmerksam, den er bei einem 12 mon. Kinde konstatierte. Es handelte sich «um symmetrische Veränderungen in der Gegend der Macula lutea —, das Kind konnte den Kopf kaum aufrecht halten und die Glieder nur wenig bewegen. Die geistige Entwickelung war ungenügend. Bei der 1. Untersuchung schienen die Papillen vollkommen gesund zu sein, aber in der Gegend der Macula lutea war ein deutlicher, etwas diffuser, weisser Fleck, mehr oder weniger kreisrund, in dessen Centrum ein bräunlich-roter Punkt zu sehen war, der stark von dem weissen Felde abstach. Tay glaubte, dass es sich um eine kongenitale Veränderung handle. Bei einer 2. Untersuchung 5 Monate später bemerkte er, dass die Papillen atrophisch geworden, aber die Veränderungen in der Macula dieselben waren. 3 Jahre später berichtete Tay (l. c. Vol. IV. 1884) dass in derselben Familie 3 ähnliche Fälle vorgekommen und dass in allen der ophthalmoskop'sche Befund und die sonstigen Erscheinungen ganz dieselben gewesen sind. Ferner, dass alle drei Kinder vor Beendigung des 2. Lebensjahres der Krankheit erlegen seien». Sachs: Deutsche med. Wochenschr. 1898, pg. 22.

Nach einer Analyse von 10 Fällen entwirft Sachs das Krankheitsbild, welches er «ein ungemein deutliches» nennt (l. c. pg. 33). «Bei der Geburt und in den ersten Wochen des Lebens erscheinen die Kinder vollständig normal. Nach Verlauf von 2 bis 4, sogar von 8 Monaten bemerken die Eltern, dass die Kinder teilnamlos sind, dass sie sich wenig um ihre Umgebung kümmern, dass die Augen hin- und hergerollt werden, dass sie sich weder aufsetzen, noch den Kopf gerade halten können, und dass spontan wenig Bewegungen ausgeführt werden. Die Beeinträchtigung des Gesichtssinnes wird oft erst nach Monaten von den Eltern vermutet und

Digitized by Google

bei der ärztlichen Untersuchung lässt sich dann der auffallende und charakteristische Augenbefund konstatieren. Die Schwäche der Extremitäten nimmt allmählich zu und so kommt es dann zu dem Bilde einer mehr oder weniger kompleten Diplegie. Diese ist oft spastischer Art, kann aber auch, wie ich besonders betonen will, schlaffer Natur sein, wie in meinem 1. Falle. Vor Ende des ersten Lebensjahres oder nur wenig später werden die Kinder total blind, die vollkommene Idiotie ist deutlich ausgeprägt; es entwickelt sich allmählich ein Zustand von Marasmus, dem die Kinder vor Beendigung des 2. Lebensjahres unterliegen. Nur ein einziges Kind, das an dieser Affektion unzweifelhaft erkrankt war, ist länger am Leben geblieben und hat bis jetzt das 6. Jahr erreicht (l. c. pg. 34).

Ob dieser letzte Fall nicht einen Uebergang zu dem Fall Hirschberg (Centrlbl. f. prakt. Augenheilk. Januar 1904) darstellt?

Es wird dann genauer die Arbeit von Mohr: «Die Sachs'sche familiäre amaurotische Idiotie» (Arch. f. Augenheilk. Bd. 41, 1900, pg. 285—310) referiert. Der Mohrsche Fall ist, wenn man nur diejenigen in Betracht zieht, welche von den Autoren selbst beobachtet worden sind, der 36. Von anatomisch-histologisch Untersuchten ist er der 7.; und der 4. ist er endlich, wo die Augen mikroskopisch untersucht worden sind (l. c. pg. 297). Nach dem Jahr 1900 sind publiziert worden:

A. Schapringer (cit. nach Centrlbl. f. prakt. Augenheilk. 1902, pg. 177).

Prof. K. Schaffer. (Wien. klin. Rundschau 1902, Nr. 16; cit. nach Centrlbl. f. prakt. Augenheilk. 1902).

Falkenheim: 4 Fälle; giebt die Zahl der von Aerzten gesehenen Fälle auf 47 an (refer. in der Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 8. 1902, pg. 351). Jahrbuch für Kinderheilk. 1901. N. F. LIV. Heft 2., ausführliche Literaturangaben enthaltend.

Wachenheim. (Newyorker med. Monatsschr. 1902, pg. 162).

Prof. B. Sachs: «ein weiterer Beitrag zur familiären amaurotischen Idiotie, einer Erkrankung hauptsächlich der grauen Substanz des Centralnervensystems». (Deutsch. med. Wochenschrift 1903, Nr. 28, pg. 494—497.

C. Gessner: (Münchener med. Wochenschr. 1903, Nr. 7, pg. 295.

Lange: Demonstration eines Kindes mit fam. amaurot. Idiotie in der mediz. Gesellsch. zu Leipzig (21. Juli 1903), (cit. nach der Münchener med. Wochenschr. 1903, pg. 1657, Nr. 38.)

Dr. A. Mülberger's Fälle (Münchener med. Woch. 1903, pg. 1968, Nr. 45) sind nicht einwandsfrei.

Mein Fall: 1. Untersuchung am 15./28. Januar 1904.

Die Kranke Chana Lifschitz, Jüdin, 7 Mon. a., gebürtig aus Polotzk, Gouv. Witebsk, ist mir behufs genauerer Augenuntersuchung vom Kollegen Schönfeldt zugeschickt worden; ich verdanke ihm auch die Notizen über den allgemeinen, wie geistigen Zustand der kleinen Patientin. Die Diagnose ist in diesem Falle, wie in den meisten früheren, erst vom Ophthalmologen gestellt worden. Die Mutter 32 a. n., der Vater 35 a. n., die Ehe besteht seit 11—12 Jahren. Keine Blutsverwandschaft. Die Mutter behauptet immer gesund gewesen zu sein. Ihr Mann soll auch keine besonderen Krankheiten durchgemacht haben. Von 7 Kindern sind 4 gestorben. Die Geburten, die zur richtigen Zeit kamen, verliefen normal.

Das erste Kind, ein Mädchen (1³/₄ Jahr nach der Hochzeit), starb an Krämpfen in einem Tage, 7 Monate alt.

Das 2., ein Junge, lebt bis jetzt, ist 8 Jahre a. Ich hatte Gelegenheit denselben zu untersuchen, da ihn die Mutter mitgenommen hatte: Salman Lifschitz hat volle Sehschärfe auf beiden Augen; der Augenhintergrund, auch die Gegend der Macula lutea beiderseits vollkommen normal. Pupillen normal. Er leidet seit der Geburt an Ohrenfluss. Zeitweilig soll er psychisch nicht ganz normal sein; er tobt dann ohne seine Umgebung zu beachten; hierauf beruhigt er sich wieder.

Das 3., ein Junge, starb 2¹/₂ J. a. Er litt nach Aussage der Mutter an derselben Krankheit, wie die vorgestellte Chane L. und hatte oft Krämpfe. Das 4. starb 7 Mon. a.

Das 5., ein Knabe, ist jetzt 3 J. a., leidet seit der Geburt an den «Lungen»; im vorigen Jahre wurde ihm in Polotzk eine Rippe reseziert; es kam viel Eiter heraus; jetzt soll ihm die andere Seite schmerzen. Die Augen sollen gesund sein, der geistige Zustand normal.

Das 6. ist im Alter von 9 Wochen an «Husten» gestorben.

Das 7. ist die vorgestellte Chana Lifschitz, 7 Monate alt, sie hält sich steif; die unteren Extremitäten in Extension; die Arme werden weniger bewegt. Glänzende Gegenstände werden mit den Augen verfolgt, doch nicht bis zur Endstellung derselben. Akustische Reize, — wie eine in der Nähe des Ohres zum Klingen gebrachte Tischglocke — rufen keine Reaktion hervor. Nadelstiche werden garnicht oder sehr wenig percipiert; der Gesichtsausdruck ist stumpf. Die Mutter scheint sie nicht zu erkennen, da sie von einem fremden Manne dauernd getragen wird, ohne die dabeistehende Mutter zu berücksichtigen; hierbei ist zu bemerken, dass sie von der Mutter gestillt wird. Das 7 monatige Kind ist nicht im Stande zu sitzen, hält den Kopf nach vorn geneigt. Keine Atrophien am Körper. Sehnenreflexe infolge der steifen Haltung der Extremitäten nicht auszulösen; Hautreflexe vorhanden, nicht gesteigert; kein Fussklonus, kein Babinski. Der Henneberg'sche Reflex des hinteren Gaumens ist stets leicht auszulösen: beim Bestreichen des hinteren Gaumens von hinten nach vorn entsteht eine deutliche Contraktion des Orbicularis oris mit nachfolgenden Saugbewegungen der Lippen (Hypothese: rudimentärer Saugreflex infolge Ausschaltung der cortico-nucleären Bahnen Oppenheim-Henneberg).

Die Augen erscheinen äusserlich normal, die Augenbewegung und die Stellung der Lieder sind normal; die Pupillen gleich weit, von norm. Grösse, reagieren auf Lichteinfall, die brechenden Medien klar. Beim Ophthalmoskopiren stellt die Patientin immer die Macula lutea ein, auch wenn längere Zeit (z. B. beim Aufzeichnen) untersucht wird. Die Macula lutea beider Augen zeigt die gleichen Veränderungen; sie sind weiss gefärbt und nur deren Mitte ist in der Grösse einer nicht erweiterten quer-ovalen Pupille — etwa kirschrot. Wir haben also einen querovalen hellroten Fleck (an der Stelle der Fovea centralis), welcher von einer ebenfalls querovalen hellweissen (vielleicht mit einem Stich ins Bläuliche) Zone umgeben ist. Die hellweisse Zone ist ca. 1¹/₂ mal so breit, wie die Papille. Die Entfernung des nasalen Randes der weissen Zone vom temporalen Rande der Papille ist ca. 1¹/₂ P. D. Zur weissen Zone ziehen von oben und unten Blutgefässe von scheinbar normaler Füllung und Beschaffenheit, welche sich in der Peripherie der weissen Zone verlieren. Die Papille des Sehnerven erscheint auf beiden Augen weisslich. Die Blutgefässe normal und nicht geschlängelt.

Wir haben also vor uns einen typischen Fall von am. fam. Idiotie. Die Aetiologie ist ganz dunkel; weder Syphilis, noch Blutsverwandtschaft und hereditäre Momente sollen eine wesentliche Rolle spielen. Die Rasse scheint insofern einen wichtigen, pathologischen Faktor zu repräsentieren, als die sämmtlichen bis jetzt publizierten Fälle bei Juden vorgekommen sein sollen. (Higier: Zur Klinik der familiären Optikusaffektionen, deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1897; vol. X, pg. 503). Carter (Arch. of Ophth. and Otology 1894, pg. 126) war nach Sachs (l. c. pg. 35) der 1., der den Umstand betonte, dass diese Erkrankung bes. bei Kindern jüdischer Familien vorkomme. Sachs sagt ferner: «aus den oben angeführten Fällen waren alle Kinder solcher Abstammung. Wenn es sich hier um eine reine Rasseaffektion handelt, so ist es doch sehr auffallend, dass andere familiäre Erkrankungen, die der hier beschriebenen nicht fernstehen, unter allen Rassen und Nationen beschrieben worden sind».

Was die anatomischen Veränderungen betrifft, so fasst dieselben Mohr (l. c. pg. 310) folgendermassen zusammen: «grosser Faserausfall im Gehirn in der Oblongata und im Rückenmarke, bes. in den Pyramidenbahnen. Gänzliches Fehlen oder rudimentäres Vorhandensein der Pyramidenzellen; an einzelnen Stellen fettige Degeneration, Gliahypertrophie. Im Auge: Oedema maculae luteae, Zunahme der Ganglienzellenschicht, Sehnervenschwund».

Holden (cit. nach Falkenheim l. c. pg. 146) fand jedoch kein Oedem der Retina, die optici waren einfach degeneriert. Die Erkrankung der Ganglienzellen in der Macula ist vielleicht derjenigen der Ganglienzellen der Grosshirnrinde coordiniert. Sachs dachte anfangs an eine Agenesis corticalis, ist aber jetzt der Ansicht, dass es sich hier um eine Affektion hauptsächlich der centralen grauen Substanz im Gehirn sowie im Rückenmarke handelt und, dass die Entartung der weissen Fasern in den vorderen und Seitensträngen höchstwahrscheinlich eine sekundäre ist. Auch Falkenheim (l. c. 144) ist der Ansicht, dass es sich um einen jeglichen entzündeten Charakters baren, schwer degenerativen Prozess handelt, der post partum das ausgebildete Centralnervensystem befällt».

Therapia nulla, eine Prophylaxe dieser Krankheit kennen wir nicht.

(Autoreferat).

Digitized by Google

Dr. M. Schönfeldt: Die Bezeichnung «Idiotie» für dieses zunächst noch ganz rätselhafte, aber ungemein scharf gekennzeichnete Krankheitsbild ist nicht glücklich gewählt. Wir verstehen doch unter «Idiotie» einen mehr stabilen Zustand, während es sich hier um einen — und zwar nahezu foudroyant — fortschreitenden, in fast allen Fällen zum Tode führenden (nicht entzündlichen!) Degenerations-Prozess des CN-Systems handelt. — Dieser Symptomenkomplex beruht auf einer Entwickelungshemmung, einer fehlerhaften Anlage des N-Systems, gehört zu den sog. «endogenen» Prozessen (im Sinne Strümpell's) und zeigt sehr intime Verwandtschaft mit anderen familiären Erkrankungen (infantile Cerebrallähmung, spastische Diplegie etc.), denn es sind nicht nur Uebergangsformen der einzelnen Typen beschrieben, sondern auch das Vorkommen all' dieser verschiedenen Formen in derselben Familie.

In Bezug auf die auffallende Praevalenz des jüdischen Volksstammes in der Statistik muss natürlich an erster Stelle an die ausserordentliche, heredit. — neuropath. Disposition der Juden überhaupt gedacht werden; dann aber muss auch berücksichtigt werden, dass das jüdische Krankenmaterial in der ärztlichen Statistik der Stammesgenossen auch sonst überall praevaliert. Trotz alledem bleibt ein derartig elektives Verhalten speziell dieser Krankheit zunächst noch aetiologisch rätselhaft.

(Autoreferat).

Dr. Mandelstamm I wendet sich gleichfalls gegen die Auffassung dieser Krankheit als sui generis, und somit auch gegen die Terminologie. Ihm würde es richtiger erscheinen, wenn man für derartige Fälle die Bezeichnung: «Sehstörungen bei Idioten» brauchte.

Dr. Tiling macht auf die Aehnlichkeit des Krankheitsbildes mit der progressiven Paralyse aufmerksam. Die Literatur biete sichere Anhaltspunkte für das Vorkommen der letzteren auch im zartesten Kindesalter. Leider fehle bei allen diesen Mitteilungen der Augenbefund.

2. Dr. Keilmann demonstriert vor der Tagesordnung:

a) Ein 3—4-wöchiges Ei, das nach einer langen Eisenbahnfahrt (Baku—Riga) spontan ausgestossen wurde. Das Ei ist rings mit Zotten bedeckt.

b) Eine Decidua vera mit intakter, das junge, 8—10-tägige, Ei beherbergender Reflexakapsel.

c) Zwei vollkommen ausgestossene Deciduen, die von Frauen mit Tubargravidität stammen.

d) Eine gravide Tube mit Rupturstelle, in welcher Placentarzotten und die Extremitäten des 3-monatichen Fötus sichtbar sind. Das Präparat ist durch Operation bei vitaler Indikation gewonnen. Pat. ist geheilt. Ein Jahr nach der Operation entwickelte sich eine Gravidität in der anderen Tube. Im Glauben, uteringravid geworden zu sein, hat Pat., so kann man vermuten, einen Abtreibungsversuch an sich vornehmen lassen und ist dabei infiziert worden. Die vereiterte Haematocele war durch die Bauchdecken in der alten Laparotomienarbe durchgebrochen. Nach breiter Eröffnung wurde ein missgestalteter Fötus von ca. 2 Monaten extrahiert. Der Fötus und die wiederhergestellte Frau werden demonstriert.

(Autoreferat).

3) Dr. Keilmann hält den angekündigten Vortrag: «Ueber Symphyseotomie». (Der Vortrag ist an der Spitze der heutigen Nr. dieser Wochenschrift abgedruckt.)

Dr. Voss ergänzt die Mitteilungen des Vortragenden über die von Dr. Treymann seiner Zeit ausgeführten, und im Verein berichteten Symphyseotomien durch ein Excerpt aus den Sitzungsprotokollen vom 17. November 1893, vom 18. Mai 1894, und vom 4. Oktober 1895 wie folgt:

Sitzung vom 17. November 1893:

Dr. Treymann referiert über eine Symphyseotomie, die er am 16. November 1893 gemacht. (Assistenten: Mühlen und Klemm).

Blutung aus den Schwellkörpern, steht auf Tamponade. Zange. Symphyse klafft auf $16^{1}/_{2}$ Cm. Conjugata vera von 8 Cm.

Sitzung vom 14. Mai 1894:

Dr. Treymann vertritt die Ansicht, dass heutzutage, wo die Symphyseotomie wieder in Aufnahme gekommen, die Perforation des lebenden Kindes nur in den seltensten Fällen indiziert sein dürfte. Er stellt sich auf den Standpunkt der Italiener, nach denen der Symphyseotomie der Vorzug vor der Sectio Caesarea gegeben werden müsse — natürlich nur innerhalb der für eine Symphyseotomie geeigneten Beckenverhältnisse.

Die Deutschen Schulze und Leopold verhielten sich ungerechtfertigt ablehnend gegenüber dieser Operation.

Sitzung vom 4. Oktober 1895.

Kasuistisches Referat Dr. Treymann's. Conjugata vera 8 Cm. Symphyseotomie. Mutter und Kind gesund.

Dr. Busch richtet an Vortragenden die Frage, warum er nicht nach der Giglischen Methode operiert habe? Der Schnitt durch den Knochen müsste bessere Heilresultate ergeben, als der durch ein Gelenk. Auch spräche die bei der Symphyseotomie schwierigere Durchführbarkeit der Immobilisierung wie auch der Asepsis mehr zugunsten der anderen Methode.

Dr. Keilmann erkennt die Berechtigung der Pelvitomie nach Gigli völlig an. Er habe sie in seinem Falle vermieden, da sie ihm nicht so geläufig war, wie die Symphyseotomie, und er auch keine Säge zur Verfügung hatte.

Was die Verwachsung der durch die Operation gesetzten Durchtrennungen betrifft, so sei sie meist überhaupt keine knöcherne, sondern eine bindegewebige. Redner hält die angebliche Verknöcherung, wie sie bei bereits einmal Symphyseotomierten während der zweiten Operation konstatiert worden, für einen Beobachtungsfehler. Selbst bei einer erstmaligen Symphyseotomie habe man zuweilen den Eindruck einer knöchernen Verwachsung der Symphysenenden. Dies beruhe auf einer ungleichmässigen Beinhaltung der zu Operierenden, und werde durch eine Aberration des Messers von der Medianlinie vorgetäuscht.

Dr. Brutzer: Wäre es nicht möglich eventuelle Funktionsstörungen noch nachträglich durch Silbernähte zu korrigieren?

Dr. Keilmann: Die von Dührsen empfohlene sofortige Vernähung mit Silberdraht habe nur für kurze Zeit Nachahmer gefunden. Die Furcht, die benachbarten Organe, (wie Blase etc.) zu verletzen, habe wieder davon zurückgebracht. Bei richtiger Drainage träten funktionelle Störungen meist nicht ein. Redner hat keinen Fall beobachtet.

Zweifel sah einmal schon nach 17 Tagen Heilung.

Redner hat nach dem Vorgange Küstner's allerdings starke Seidennähte zur Verwendung gebracht.

Für gewöhnlich schliesse sich der Symphysenspalt schon gleich nach der Geburt vollkommen. Die durch die Rückenlage allein schon meist komplete Annäherung der Symphysenenden könne nur durch seitliche Stützen vermittelst Bretter, die nach Art der Seitenwände eines Sarges gestellt würden, begünstigt werden.

d. z. Sekretär: S. Kröger jun.

Vermischtes.

— Der ausseretatmässige, ausserordentliche Professor an der Universität Jurjew (Dorpat), Staatsrat Dr. Zoege v. Manteuffel, ist zum ordentlichen Professor dieser Universität auf den Lehrstuhl der Chirurgie ernannt worden.

— Vor einigen Tagen ist Dr. Eduard Heuking, der bekanntlich im Februar v. J. als Chefarzt einer der ersten vom Roten Kreuz ausgerüsteten Sanitätskolonne auf den Kriegsschauplatz sich begab, aus dem Fernen Osten wohlbehalten nach St. Petersburg zurückgekehrt, um sein neues Amt als Leiter der chirurgischen Abteilung am Kinderhospital des Prinzen Peter von Oldenburg zu übernehmen.

— Der Leibokulist des Allerhöchsten Hofes, Geheimrat Dr. Tichomirow, ständiges Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees und beratendes Mitglied des Medizinalrats des Ministeriums des Innern, ist zum Mitgliede des Konseils der Kais. philanthropischen Gesellschaft ernannt worden, unter Belassung in den bisherigen von ihm bekleideten Aemtern und in der Würde eines Leibokulisten.

— Der Konsultant der St. Petersburger Erziehungs-Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrat Dr. Kuskow, ist auf sein Gesuch von dem Amte des Direktorgehülfen des hiesigen Marienhospitals für Arme und des mit diesem verbundenen weiblichen Alexandrahospitals entbunden worden, mit Belassung in der Stellung als Konsultant bei den genannten Erziehungsanstalten.

— Vor Kurzem beging der bekannte Chirurg Prof. Dr. Herm. Fischer in Berlin sein 50-jähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 74. Lebensjahre steht, bekleidete von 1868—1890 den Lehrstuhl der Chirurgie an der Leipziger Universität und siedelte dann nach Berlin über, wo er viele Jahre das Rummelsburger Krankenhaus leitete.

— Dem bekannten Kliniker Prof. Dr. Renvers, der u. a. Arzt der verstorbenen Kaiserin Friedrich war und seit mehr als 10 Jahren als Direktor der medizinischen Abteilung am Krankenhause Moabit in Berlin fungiert, ist vom deutschen Kaiser der erbliche Adel verliehen worden.

— Der Taschkentsche Stadtarzt, Staatsrat Dr. Fegler, ist zum Arzt bei der Person des Chans von

Digitized by Google

Chiwa ernannt worden, unter Zuzählung zum Militär-Medizinalressort.

— Den mit Uniform und Pension verabschiedeten Aerzten: Dr. Ssokolow, Brigadearzt der 58. Inf.-Reservebrigade, und Dr. Kornilowitsch, Ordinator der Abteilung für Geisteskranke am Warschauer Ujasdow-Hospital, ist nachträglich der Rang eines wirklichen Staatsrats verliehen worden.

— Die hiesige «Gesellschaft von Spezialärzten» hat in ihrer Jahresversammlung am 15. März in den Vorstand für das Jahr 1905 gewählt: Zum Präses — Prof. I. Semaoki, zum Vizepräses — Dr. A. Rutkowski, zum Direktor der von der Gesellschaft unterhaltenen Heilanstalt — Dr. A. Dranizyn, zum Leiter dieser Anstalt — Dr. P. Sworykin, zum Sekretär und Kassirer — Dr. W. Heinaz und zu Gliedern des geschäftsführenden Komitees — die DDr. P. Milajewski, W. Kalaschnikow und L. Okintschiz (als Stellvertreter). (R. Wr.).

— Um ein bleibendes Andenken an den verstorbenen Oberarzt des Moskauer Alexejew-Irrenhauses Dr. W. Buzke zu stiften, wird ein Unterstützungsverein für die Angestellten in den Moskauer städtischen Irrenhäusern in's Leben gerufen.

— Der 2. Echelon des Port-Arthurschen Marinehospitals, bestehend aus 9 Aerzten, 16 Schwestern, 21 Feldschern, 239 Personen der Sanitäts- und Hospitalmannschaft, 242 Verwundeten u. a. m., ist einem Telegramm aus Schanghai vom 20. März an den Hauptmarinestab zufolge, dort eingetroffen, um gemeinsam mit dem 1. Echelon nach Russland weiterzureisen. Mit diesem Echelon traf auch der Flaggmannsarzt Dr. Alex. Bunge in Schanghai ein. In Port Arthur sind noch 60 Mann der Sanitätstruppe und Hospitalmannschaft mit Dr. Nikolajewski an der Spitze auf kurze Zeit zurückgeblieben.

— Verstorben: 1) Am 17. März zu Riga der dortige freipraktizierende Arzt Dr. Eugen Lilienthal im 53. Lebensjahre. In Riga geboren und erzogen, widmete sich L. von 1873—1879 dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1881 liess er sich in seiner Vaterstadt als praktischer Arzt nieder. Der Hingeschiedene galt als ein gewissenhafter und liebenswürdiger Arzt und erfreute sich daher bei seinen zahlreichen Patienten grosser Beliebtheit. 2) Während der mehrtägigen Kämpfe bei Mukden ist gefallen: der ältere Arzt des 1. Schützenregiments Dr. Innocenz Gutowski im Alter von 50 Jahren. Die ärztliche Tätigkeit hat der Verstorbene seit 1882 ausgeübt. 3) In Moskau der frühere Assistent an der psychiatrischen Universitätsklinik Dr. Nikolai Schatalow im 49. Lebensjahre. Der Verstorbene war ein Schüler der Moskauer Universität, an welcher er i. J. 1881 den Arztgrad erlangte. Wegen halbseitiger Lähmung musste er bereits vor längerer Zeit seine praktische Tätigkeit einstellen. 4) Am 30. März n. St. in Göttingen der ehemalige langjährige Direktor des physiologischen Instituts der dortigen Universität, Prof. Dr. Georg Meissner, im 76. Lebensjahre. Der hingeschiedene Senior der Göttinger med. Fakultät war als Anatom und Physiologe schon in jungen Jahren ein hochgeschätzter akademischer Lehrer, denn bereits als Sechsundzwanzigjähriger wurde er i. J. 1855 ordentlicher Professor der Anatomie und Physiologie in Basel. Zwei Jahre später ging er in gleicher Eigenschaft nach Freiburg i. Br., von wo er 1860 als ordentlicher Professor der Physiologie nach Göttingen berufen wurde. Aus der Zahl seiner wissenschaftlichen Werke heben wir hier die «Untersuchungen über den Sauerstoff» und die «Beiträge zur Physiologie des Sehorgans» hervor.

— Der ältere Ordinator des hiesigen Nikolai-Militärhospitals Dr. Viktor Hübbenet, welcher auf den Kriegsschauplatz im Fernen Osten als Korpschirurg fungierte, ist nach St. Petersburg zurückgekehrt.

— Das Evangelische Feldlazarett wird jetzt seinen Standort im Norden der Mandschurei haben. Die Wahl des Ortes, an dem es aufs neue eröffnet werden soll, hängt, wie Dr. Schiemann am 17. März telegraphiert, von den Truppenbewegungen ab, wahrscheinlich wird er hinter Zizikar liegen. — Dr. Kaegeler, der mit einer Fliegenden Kolonne einige Kosakenregimenter in die Mongolei begleitete, befindet sich noch dort und ist gesund.

— Ausser den von uns bereits namhaft gemachten Aerzten sind in Mukden noch die Aerzte Keuchel und Adolph Krüger (aus Kurland) in japanische Gefangenschaft geraten. Dr. Krüger hat, der «Düna-Ztg.» zufolge, aus Tientsin am 17./30. März ein Telegramm abgesandt, in welchem er anzeigt, dass er über Indien nach Russland zurückkehre.

— Die Finnländische Sanitätskolonne befindet sich bereits auf der Rückreise in die Heimat.

— Wie der «Now. Wremja» aus Sipingai (Bahnstation) gemeldet wird, sind dort am 14. März 24 Aerzte, 228 Sanitäre und 2 Priester zu Fuss angelangt. Sie waren in Mukden in Gefangenschaft geraten und von den Japanern als nicht nötig zur Behandlung der kranken Russen entlassen worden.

— In den mörderischen Schlachten bei Mukden sind auch zahlreiche Aerzte Opfer des Krieges geworden. In den im «Russ. Inwalid» publizierten Verlustlisten finden wir folgende Namen:

Gefallen: Dr. Innocenz Gutowski, ält. Arzt des I. Schützenregiments.

Verwundet: die älteren Aerzte Michael Subarew (v. Tomskischen Inf.-Reg.), Alexis Tarassow (v. 18. ostsib. Schützenreg.), Baryschew vom Primorskischen Dragonerreg., der jüngere Arzt des 1. Schützenreg. S. Schechter.

Kontusioniert: der Divisionsarzt der 3. sibir. Inf.-Division I. Tschulowski und der jüngere Arzt Alex. Schabkow, der Arzt des 19. ostsibirischen Schützenreg. Dmitri Pitschugin und die jüng. Aerzte des Willmanstrandschen Inf.-Reg. Peter Samarin und Eugen Bion.

Vermisst (unbekannt, ob gefallen, verwundet oder gefangen): der ältere Arzt Mich. Lewizki und die jüngeren Aerzte Nik. Goldmann, Salomon Rosenzweig und Joseph Goldblatt v. Tambowschen Inf.-Reg., Behr Kahn v. d. 25. Artillerie-Brigade, Michael Malinin v. 9. Tobolsker Inf.-Reg., die Aerzte Nik. Chanewski, Eugen Sbrujew, Valentin Alexandrow und Samuel Lewandé v. Bolchowschen Inf.-Reg. und der Arzt Peter Pistermann v. Morschansker Inf.-Reg.

— Beim Rückzug von Mukden haben viele Sanitätsabteilungen, die dort und in der Umgegend tätig waren, grosse Verluste an Eigentum gehabt. So ging der Charkower Sanitätsabteilung bei dem Rückzuge Eigentum im Werte von 15,000 Rbl. verloren. Die Jarosslawer Sanitätsabteilung beziffert ihren Verlust auf 4000 Rbl.

Aus Moskau ist am 17. März ein in den Werkstätten der Nishni-Nowgoroder Bahn formierter Militär-Sanitätszug mit dem Oberarzt Dr. Lamberg an der Spitze nach dem Fernen Osten abgefertigt worden.

— Das Personal des bei Port-Arthur stationierten russischen Hospitaldampfers «Mongolia» wird, mit Ausnahme eines Arztes, eines Pharmazeuten und 6 barmherziger Schwestern, nach Schanghai gesandt werden.

— Der Kriegsminister hat der Gesellschaft des Roten Kreuzes mitgeteilt, dass er ihr 574,152 Rbl. als Entgelt der Ausgaben für die Verwundeten und Kranken in Lazaretten und Evakuationszügen der Gesellschaft auszahlen lasse, und zwar als Anzahlung auf die von der Gesellschaft vorgelegte Rechnung im Betrage von 1,148,303 Rbl. 95 Kop.

— Die Hauptverwaltung des russ. Roten Kreuzes hat, wie die «Russ» erfährt, wegen Mangels an Barmitteln in der Hauptkasse, beschlossen, Wertpapiere für ½ Million Rbl. zu verkaufen.

— Da sämmtliche russische Universitäten und auch die militär-medizinische Akademie noch geschlossen sind, so werden wohl auch die projektierten beschleunigten Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades nicht zustande kommen. Die Studenten des V. Kursus der Charkower medizinischen Fakultät haben bereits mit grosser Stimmenmehrheit beschlossen, das Staatsexamen jetzt nicht abzulegen. In Odessa konnte das auf den März anberaumt gewesene Staatsexamen in der medizinischen Fakultät nicht stattfinden, da nur ein einziger von den Examinanden die festgesetzte Zahlung entrichtet hatte.

— Der allrussische Aerztekongress zur Beratung von Massnahmen gegen die Cholera, der anfangs vom dortigen Stadthauptmann verboten, in letzter Stunde aber vom Minister des Innern gestattet wurde, ist am 21. März in Moskau durch den Präsidenten der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow, Dr. Gabritschewski, eröffnet, jedoch, wie aus Moskau telegraphiert wird, bereits am 23. März, also um einen Tag früher, als geplant war, geschlossen worden. Zu Vorsitzenden wurden die Aerzte Jelpatjewski und Tschenykajew gewählt, welche, wie sie in ihren Ansprachen mitteilten, beide auf administrative Anordnung von den Orten ihrer Ansässigkeit noch bis vor kurzem verbannt gewesen sind. Die Zahl der Kongressteilnehmer belief sich auf mehr als 1000 Personen.

— Wie vorteilhaft die Kurpfuscherei auch in aufgeklärten Ländern ist, ersieht man aus einer Mitteilung der «Frank-

Digitized by Google

furter Ztg.», dass der Wunderdoktor **Ausmeier** in Kirchgandern, einem kleinen Ort im Kurhessischen, steuerfreies Einkommen für das laufende Jahr auf 130,000 Mark deklarierte. Dieser edle Menschenfreund erkennt alle Krankheiten durch einfaches Beschauen des Harns und gibt denen, die nicht alle werden, entsprechende Mittel.

— Das **projektierte neue Apotheker-Statut**, das vom Medizinal-Departement ausgearbeitet worden, ist, wie der «Ssyn Otetsch.» vernimmt, von vielen Städten und Landschaften, sowie auch von einigen Regierungs-Institutionen unsympathisch aufgenommen worden. Das Apotheken-Monopol wird von ihnen als durchaus nicht wünschenswert dargestellt und sie sprechen sich im Interesse der Wahrung der Volksgesundheit durchaus für eine ausgedehnte ungehinderte Entwicklung des Apothekerwesens und gleichzeitige Kontrolle der Verabfolgung und des Verkaufs jeglicher Art Medikamente aus.

— Das Komitee der Unterstützungsgesellschaft des **Sanatoriums** in der **Essentuker** Gruppe der **kaukasischen Mineralbäder** bringt zu allgemeiner Kenntnis, dass Personen, welche in das Sanatorium aufgenommen zu werden wünschen, vom 15. März bis 1. Mai ihre Anmeldungen beim Komitee in **Moskau** (Хлѣбный пер., д. № 9), vom 1. Mai an aber in **Essentuki** machen mögen. Dem Gesuch ist eine Schilderung der dienstlichen Stellung, materiellen Lage und der Familienverhältnisse, ein ärztliches Zeugnis (ohne Stempelmarken) über die Notwendigkeit einer Kur in Essentuki, Postmarke für Rückantwort und ein Hinweis darauf, in welchem Zeitpunkt der Eintritt erwünscht wäre, beizulegen: in der ersten Periode genau vom 15. Mai an; oder in der zweiten von den ersten Tagen des Juli bis zum 1. September. Die volle Pension kostet 40 Rbl. per Monat und Person. Fast alle Zimmer sind für 2 Personen bestimmt. Den Vorzug haben Mitglieder der Gesellschaft (Mitgliedsbeitrag 10 Rbl. per Jahr). Das Sanatorium ist ausnahmsweise für geringbemittelte Personen aller Professionen bestimmt, die einer Kur in Essentuki bedürfen.

Bf.

— Die **Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs** betrug am 12. März d. J. 10702 (103 mehr als in d. Vorw.), darunter 1304 Typhus — (80 mehr). 972 Syphilis — (26 mehr), 259 Scharlach — (26 wen.), 108 Diphtherie — (8 wen.), 80 Masern — (1 mehr) und 31 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 6. bis zum 12. März 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	[illegible]
544	423	967	200	114	159	21	14	41	82	72	77	64	66	35	19	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 58, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 20. Scharlach 16 Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 52, Erysipelas 8, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 127, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 117, Tuberkulose anderer Organe 29, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 58, Marasmus senilis 33, Krankheiten des Verdauungskanals 122, Totgeborene 42.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 5. April 1905.

Tagesordnung: A. Feldt: Ueber die modernen Methoden der Tuberkulinanwendung.
Wladimiroff: Therapeutische Versuche mit Tuberkulin an Rindern.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 11. April 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Rationelle Heilung durch Phosphor

HOMNOLR

(jede Pille enthält 0,05 Gr.).

dessen Hauptbestandtheil reine Nucleinsäure ist, von Dr. Leprince hergestellt.

$C^{40}, H^{54}, Az^{14}, O^{27}, P^{4}$.

Erprobt: bei Phosphaturie, Neurasthenie, Rachitis, Blutarmut und Alterschwäche.

Gebrauchsanweisung: 4—10 Pillen während der Mahlzeit.

Dr. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.

Erhältlich in allen besseren Apotheken. (33) 12—3.

Digitized by Google

Kgl. BAD KISSINGEN. (48) 10—1.

Bäder vom 15. April bis 1. November.

Weltberühmte eisenhaltige Kochsalzquellen (Rakoczy, Pandur, Maxbrunnen, Bockleter, Stahlwasser (phosphorarsenhaltig), Soole mit reichstem Kohlensäuregehalt für Trink- und Badekuren. Reichhaltige Kurmittel. Besondere Heilanzeigen: Magen-Darmerkrankungen, chron. Katarrhe des Rachens und der Luftwege, Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten. Bleichsucht, Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit, Frauenkrankheiten.

Versand sämtlicher Mineralwässer durch die Verwaltung der Königl. Mineralbäder Kissingen und Bocklet.

Aufschlüsse über alle Anfragen unentgeltlich vom **Kurverein Bad Kissingen.**

Tannalbin (Knoll)
Erprobtes Antidiarrhoicum,
geschmacklos, stört Appetit und Verdauung in keiner Weise; erhältlich in Pulver und Tabletten.

Triferrin (Knoll)
p-Nucleins. Eisen.
Enthält organ. Phosphor, steigert den Haemoglobingehalt d. Blutes u. wird vom schwächsten Magen vertragen.

Literatur und Proben kostenlos!
KNOLL & C° * LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Sanatorium Villa Primavera.
Gardone Riviera, Italien.
Prospekte des Sanitätsrats Dr. **Koeniger.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймоновской ул. д. 4, кв. 11.

Dr. med. Lots Kuranstalt
f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. Al.
Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien.
Prachtvolle, sonnige Lage. Ausführliche illustrierte Prospekte.
Friedrichroda i. Thür.

Thigenol „Roche“

Synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organ. gebundenem Schwefel.

Braune, dicksyrupöse, geruch- u. geschmacklose, ungiftige Flüssigkeit.

Vorteile: *Gegenüber dem Ichthyol und seinen sonstigen Surrogaten:* Leicht resorbierbar, wirkt nicht reizend, sondern milde, juckreiz- und schmerzlindernd, lässt sich leicht mit Wasser abwaschen und fleckt nicht die Wäsche.

Indikationen: und Verordnung: ***Ekzem,*** rein oder 20% Salbe (sofortige Abnahme des Juckens, des Nässens und der Infiltration); ***Pruritus*** und ***Urticaria*** (sofortige juckstillende Wirkung); parasitäre Dermatosen wie: ***Scabies*** (Einreibung mit grüner Seife, nach 1 Stunde Bad, vollständige Einreibung mit Thigenolum purum, abends 2. Thigenoleinreibung. In 2 Tagen Heilung); ***Favus*** etc.; ***Akne;*** gynäkologischen Affektionen wie: ***Endo-, Para-*** und ***Perimetritis, Beckenexsudate,*** als 10—20% Thigenolvaginaltampons oder Suppositorien à 0,30; ***Rheumatismus*** (Einreibungen mit Thigenol, Chloroform āā 10.0, Spir. camphor 40,0): ***Erysipel*** (pur oder 10% Salbe) ***Ohrenkrankheiten*** (als 10—20% Spiritus); ***Fissura ani, Haemorrhoiden*** etc.

Alleinige Fabrikanten:
F. Hoffmann-LaRoche & Cie., Fabrik chem.-pharm. Produkte.
Basel (Schweiz) ✻ ***Grenzach*** (Baden).
Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Thiocol „Roche“
bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig. Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche“
à 0,5 gr. bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche“
wohlriechender angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]
der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“
haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate. Eisen- u. Bromprotylin „Roche“.

Arsylin „Roche“
ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

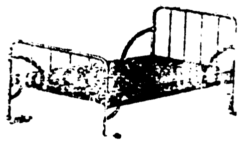
Sulfosotsyrup „Roche“
entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Airol „Roche“
bester, geruchloser Jodoformersatz.

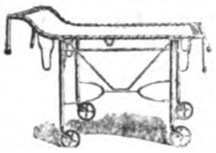
Thigenol „Roche“
synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche“.

Digitized by Google

Gebr. Schmidt & Co., Reval.



Spezialität: Sanitäts-Bettstellen mit verzinkten Spiral-Federdraht-Matratzen „Reform“ u. „Patent-Matratzen“. Krankenhaus-Einrichtungen.



Lieferanten für Militär-, Städtische, Kreis-Kranken-Anstalten, Kliniken etc.
Illustrierte Kataloge und Kostenanschläge gratis.
Prima Referenzen.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER
VICHY
(4) 17—17.

Eigenthum der Französischen Regierung

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Kalte Seebäder. Temperatur des Wassers 15—16° R. Comfortabel eingerichtete Kurbadeanstalt und Kurhaus im Parke am Meere.: Beginn der Saison **20. Mai, Schluss derselben 20. August.** Verabfolgt werden. **Schlamm-, Moor-, Salz-, electrische, Sand-, Kohlensaure-** und andere **Heilbäder, hydrotherapeutische und orthopädische Behandlung, Luft- und Lichtbäder.** Dieselben sind wirksam gegen **Herz- und Nervenerkrankungen. Rheumatismus,** zahlreiche chronische Krankheiten, **Lähmungen, Bleichsucht, Skrofulose, Rhachitis. Frauenleiden** und andere Krankheiten mehr. **Massage. Desinfizierte Wäsche. Täglich Musik. Keine Kurtaxe.** Weiterausgedehnte **Anlagen,** viele **Promenaden** am **Meere. Billiges Leben. Dampfer- und Eisenbahnverbindung.** Nähere **Auskünfte,** Prospecte und Quartiervermittelung **gratis** durch

(40) 6—3. **die Badecommission.**

Xeroform

Bester Jodoformersatz. Im Gebrauch geruchlos, keimfrei, ungiftig selbst bei innerlicher Darreichung grosser Dosen als Darmantiseptikum. Schmerz- und blutstillend, nicht reizend, kein Ekzem erzeugend. Kräftiges Desodorans, eminent austrocknend und epithelbildend. **Spezifikum bei ulcus cruris, intertrigo, nässenden Ekzemen, Verbrennungen.** Sparsamer Verbrauch, daher billig in der Anwendung.

Bruns'sche Xeroform-Paste. (20) 11—4.

Creosotal

Creosotal „Heyden“ ist nicht nur bewährtestes **Antiphthisikum,** sondern auch **Spezifikum,** bei nicht tuberkulösen Infektionskrankheiten der Luftwege. **Rapide Heilung von Pneumonie** (auch Broncho-, Masern-, Influenza-, Diphtherie-Pneumonie) durch grosse Dosen Creosotal: 10 bis 15 g pro die in 4 Portionen, bei Kindern Tagesdosis 1 bis 6 g.

Probén und Literatur durch
Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,
oder deren Vertreter:
R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Wasserheilanstalt
Traunstein-Oberbayern
Sanatorium für Nervenkranke
Das ganze Jahr geöffnet. Leiter und Besitzer Dr. med. G. Wolf.

Dr. Schuster
praktischer Arzt und Inhaber eines **Kurhauses** (Indiv. Kurgem. Diät.)
BAD NAUHEIM.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt **über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung** von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.
Frau **Gülzen,** W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.
Lydia Duvan, Вас. Остр., 1 лин., д. 20 кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Frau **Elvine Juckam,** Вас. остр., 5 лин., 68, кв. 96.
J. **Krohn,** Больш. Подьяческая 23, кв. 8
Frau **Catharine Michelson,** Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Frau **Adelheid von Fersen,** Katharinenkanal 81, Q. 20.
Frau **Tursan,** Спасская 21, кв. 6.
Sophie **Nafthal.** Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.
Frau **Minna Rieser, geb. Franke.** Старый Петергофскій просп., д. № 16, кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

CURORT HAPSAL.
Am baltischen Strande in Estland.
Saison vom 20. Mai bis zum 1. September.

Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Eisen- und Dampfwannen. Nauheimer kohlensaure Bäder. Die wärmsten Seebäder am baltischen Strande, mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Massage-, Elektricität- und Mineralwasser-Curen. Privatklinik des Dr. von **Krusenstiern** mit gut eingerichteten Honoratioren-Zimmern. Gesundes Klima, reinste, stärkende Seeluft, Tannenwaldungen und ausgedehnte Seepromenaden, deshalb speciell indicirt bei Schwächezuständen des Kindesalters jeglicher Art. Jährlich über 3000 Curgäste, die an den verschiedenen Arten von Rheumatismus, Gicht, chronischen Affectionen der weibl. Sexualorgane, Scrophulose etc. litten. **Musik,** Theater, Concerte, Tanzabende Spielplätze für Lawn-Tennis, Bodjo etc. Geschützte Meeresbucht zu Bootfahrten mit Segel-, Ruder- und Paddelböten. Direkte Eisenbahn- u. Dampfer-Verbindung. Broschüre u. Auskünfte über Wohnung durch die

(36) 5—2. **Bade-Commission.**

Дозв. ценз. Спб., 25 Марта 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
MAY 11 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

Infolge Erhöhung der Preise für Druckarbeiten sind wir genötigt die Insertionspreise **vom 1. April 1905** an zu erhöhen und zwar von **16** auf **20** Kop. (von **35** auf **45** Pf.) pro Zeile der 3 mal gespaltenen Seite.

№ 13 St. Petersburg, den 2. (15.) April. **1905.**

Inhalt: Dr. Arthur Berg: Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Berichtigung. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe.

Von

Dr. Arthur Berg in Riga.

Seit langer Zeit ist das ärztliche Bemühen auf ein schnelles Beseitigen der Gonorrhöe im ersten Beginn gerichtet gewesen. Wenn man diese heimtückische, in ihren Folgen sowohl am Träger wie durch Uebertragung auf weibliche Individuen unberechenbare Krankheit kennt und wenn der drastische Ausspruch Ricords: «der Tripper beginnt und Gott allein weiss, wann er aufhört» vielleicht noch heutzutage Geltung hat, dann ist es wohl mehr als verständlich, wenn die Aerzte von jeher auf Mittel und Methoden sannen, um dem Fortschreiten des gonorrhoischen Prozesses sogleich beim Auftreten Halt zu gebieten.

Derartige Versuche waren schon in der vorbakteriologischen Zeit mehrfach gemacht worden, namentlich von Ricord und Diday. Es wurden Höllensteinlösungen in verschiedenen Concentrationen von 1—12 pCt. zu Injektionen resp. Instillationen in die Urethra benutzt. Das Urteil über diese Methode lautet verschieden. Während ein Teil der Aerzte über günstige Resultate der Abortivkuren berichten konnte, hat ein anderer Teil sehr unangenehme Folgen, als: Orchitis, Epididymitis, Urethrocystitis, periurethrale Abszesse, Prostatitis und Stricturen der Urethra gesehen. Von französischer Seite wird auch ein Todesfall im Anschluss an die Coupierkur mit Argentum nitric. infolge vereiternder Prostatitis publiziert. Tarnowsky veröffentlicht 40—50 pCt. Heilungen in 4 Tagen, bemerkt jedoch, dass in vielen Fällen die Entzündungserscheinungen sich derart steigerten — er benutzte eine 2 pCt. Höllensteinlösung — dass von der Fortsetzung der Behandlung Abstand genommen werden musste.

Neisser hat Spülungen der Harnröhre mit Lösungen von Argent. nitric. 1:3000—1:1000 in Vorschlag gebracht. Finger giebt an, dass er wegen heftiger Schmerzen, Oedem der Glans und des Praeputiums und sanguinolenter Sekretion zum Aufgeben dieser Versuche genötigt war.

Ausser Höllenstein sind von Frank und Lewin abortive Spülungen der Urethra mit Albargin 1:3000—1:1000 empfohlen worden und von Ahlstroem 2 mal täglich Injektionen einer 2—4 pCt. Protargollösung 4—5 Tage hinter einander. Letztere Methode habe ich nachgeprüft, ohne einen nennenswerten Erfolg verzeichnen zu können.

Endlich ist noch Kali hypermangan. gepriesen worden von Janet in starker, von Guiard und Valentine in schwächerer Konzentration. Die Vorschrift letzterer besteht in 2 mal täglichen Spülungen der Urethra mit Kalilösungen in der Stärke von 1:6000—1:3000. Nach ihren Angaben habe ich eine grössere Zahl von Patienten behandelt. Eine Coupierung der Gonorrhöe ist mir damit nie geglückt.

Ueber die Janet'sche Methode habe ich keine eigenen Erfahrungen. Wenn Janet selbst zugiebt, dass unter Umständen eine 20—30-tägige Behandlung nötig ist, so kann füglich von einer Abortivkur keine Rede sein.

Halten wir Umschau in der Literatur, so erfahren wir, dass alle bisher empfohlenen Abortivmethoden nicht allein unsicher in den Erfolgen, sondern auch oft mit Gefahren für den Patienten verknüpft waren, so dass eine ablehnende Haltung der Aerzte wohl verständlich erscheint. Es sei mir gestattet, hier den Standpunkt einiger Autoren in dieser Frage zu zitieren.

Finger fährt in seinem Lehrbuch über die Blennorrhöe der Sexualorgane, nachdem er die abortiven Kuren besprochen hat, also fort: der Misserfolg aller dieser abortiven Methoden ist aber auch ein weiterer Beweis der von uns schon bei Besprechung der Anatomie betonten Annahme des raschen Einwanderns der Gonokokken in die Tiefe. Lägen die Gonokokken noch 5 und 7 Tage nach der Infektion, wie dieses von mancher Seite angenommen wird, auf oder zwischen den obersten Epithellagen, und man vergesse nicht, dass die Urethra

Digitized by Google

deren nur 3 hat, die noch bei Entzündung gelockert, also imbibitionsfähiger sind, so müsste eine oder einige Nitras argenti-Lösungen völlig parasiticid wirken. Aber das stete Wiederauftauchen der Gonokokken im Sekrete, sobald man selbst mit einer grösseren Serie parasiticider Injektionen aufhörte, beweist, dass die Gonokokken ihre Schlupfwinkel (Bindegewebe, Drüsen) haben, zu denen das Antiseptikum nicht gelangt. Die einzige Behandlungsmethode, die wir also heute üben, ist die methodische, örtliche, symptomatische und curative Behandlung.

Casper äussert sich in seinem Lehrbuch der Urologie folgendermassen: «Ich bin dazu gekommen, die Abortivbehandlung der Gonorrhöe unter allen Umständen zu verwerfen. Ich habe 4 Arten von Verfahren ausprobiert: Instillationen mit 2 pCt. Argent. nitric. durch den Gyon-schen Apparat, Injektionen von 2—5 pCt. Protargol, Spülungen der Harnröhre nach Janet mit Kal. permangan. und dünnen Argentumlösungen. Ich kann nicht von einem einzigen Fall sagen, dass die beginnende Gonorrhöe dadurch coupiert werden wäre; der begonnene Prozess nahm seinen Fortgang.

Diese Unwirksamkeit kann auch nicht überraschen, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Erscheinungen der Gonorrhöe gewöhnlich erst nach Tagen auftreten, während erwiesenermassen die Gonokokken die Oberfläche der Schleimhaut schon nach Stunden durchdringen. Die Abortivmethoden hätten nur Aussicht auf Erfolg, wenn sie vor dieser Zeit angewendet würden. Das mag in einzelnen Ausnahmefällen möglich sein, das Gros der Fälle wird davon im besten Falle nicht beeinflusst werden. Aber selbst zugegeben, dass in diesem oder jenem Fall Erfolg von der Coupierungsmethode zu erhoffen wäre, würde ich sie nicht anwenden, weil mir das Risiko für die Kranken zu gross ist. Ich habe schwere Schädigungen danach beobachtet: Lymphangitis, Lymphadenitis, Prostatitis und Cystitis sah ich auftreten und zwar in einer Weise, die keinen Zweifel darüber zuliess, dass Behandlungsmethode und Komplikation im Verhältnis von Ursache und Wirkung standen. Nun sind ja diese Komplikationen an und für sich nicht gefährlich, aber sie sind in ihren Folgen unberechenbar. Ist also auf der einen Seite die Abortivmethode unsicher und gefährlich, versprechen auf der anderen die üblichen, langsam vorgehenden Heilungsverfahren in der Mehrzahl der Fälle Erfolg, so meine ich ist der Standpunkt, jedwede Abortivbehandlung zu verwerfen, wohl begründet».

In gleicher oder ähnlicher Weise hatte die Mehrzahl der Aerzte zu den Coupiermethoden Stellung genommen. Da erschien im Sommer 1903 eine Publikation von Engelbreth in Kopenhagen. Nach seinen Ausführungen gilt es die Gonokokken, welche die Epithelschichten der Urethra schnell durchdringen, in der Tiefe dieser Zelllager zu töten, indem er durch Waschungen der Urethra vermittelst starker Höllensteinlösungen das Epithel destruiert. Er empfiehlt wenigstens 4 Spülungen vorzunehmen, die so schnell auf einander folgen, wie die destruierte Epithelschicht abgestossen wird, so dass die letzte auf die Basalzellen des Epithels oder auf das eigentliche subepitheliale Bindegewebe wirken soll. Er giebt dem Argent. nitric. vor dem Kal. hypermangan. den Vorzug, weil es keine irritativen Nebenwirkungen hat, die Aetzungen sind rein lokal. Er wählt die Spülungen vermittelst des Irrigators nach der von Janet vorgeschlagenen Methode, wodurch die Falten und Krypten der Urethra geglättet werden und eine gleichmässige Einwirkung des chemischen Mittels auf die Schleimhaut in toto ermöglicht wird.

Die erste Ausspülung findet sogleich bei der ersten Konsultation statt, die nächste 6—12 Stunden darnach, die folgenden mit 10—12-stündigen Zwischenräumen, sodass die Behandlung im Laufe von 48 Stunden beendigt wird. Er kokainisiert vor jeder Waschung, die erste ausgenommen, die Urethra mit 2—3 Gramm einer 3 pCt. Lösung. Die Lapisausspülung ist immer auf die pars anterior beschränkt worden. Der Druck während der ersten Hälfte der Messung 75 ctm., darauf 125 ctm. Menge der Flüssigkeit 5—600 grm., Temperatur 36° C. Die Stärke ist nach und nach ohne Schaden von $^1/_5$ auf $^1/_3$ pCt. vermehrt worden. Als Nachkur werden Balsamica empfohlen.

Engelbreth publiziert 30 Krankengeschichten, die er ohne Wahl der Fälle mit seiner Abortivmethode behandelt hat. Von diesen 30 Patienten wurden 17, also ca. 57 pCt. geheilt. Dabei machte er die Beobachtung, dass die Inflammation des orificium urethrae in einem interessanten Verhältnis zu den Resultaten stand. Es zeigte sich nämlich, dass 17 Fälle ohne Inflammation waren, von diesen gelangen 15, also ca. 88 pCt., 13 dagegen waren inflammiert, von diesen waren 11 negativ, also ca. 15 pCt. Genesung. Die Coupierung gelang also in fast allen Fällen, wo keine Inflammation vorhanden war, und sie gelang meist, wo Inflammation des Orificium zu konstatieren war. Die Erklärung für dieses Resultat lag darin, dass die Gonorrhöe in der einen Reihe der Fälle oberflächlich, epithelial, in der anderen dagegen tief, subepithelial war und daher die epitheliale Gonorrhöe für die abortive Behandlung geeignet ist.

Dieser Artikel war ohne Schönrederei mit soviel überzeugender Offenheit und Wärme geschrieben, dass ich mich zur Nachprüfung seiner Methode entschloss. Ich möchte hier 47 Fälle bekannt geben, die ich nach den Engelbreth'schen Vorschriften behandelt habe. Meine Statistik ist klein, aber rein, d. h. alle Fälle sind mikroskopisch untersucht, allemal haben Gonokokkeninfektionen vorgelegen und der Verlauf ist genügend lange beobachtet, um ein Urteil über Heilung resp. Nichtheilung zu gestatten. Der Zufall wollte es, dass unter meinen ersten 8 Fällen 7 Heilungen zu verzeichnen waren,— ein überraschend günstiges Resultat, das zur Fortsetzung der Versuche ermunterte.

Ich habe laut Angaben von Engelbreth alle Patienten mit entzündlichem orificium urethrae von der Behandlung ausgeschlossen und habe in der ersten Zeit 4, seltener 5, ganz ausnahmsweise 6 Spülungen mit einer Argent. nitric.-lösung von 1:500—1:300 — letztere Konzentration nur selten — vorgenommen und habe in letzter Zeit die Zahl der Waschungen auf 3 reduziert. Einmal schienen mir die ersten Spülungen die ausschlaggebenden zu sein, da ich in 2 Fällen, die zufällig nur 2 mal gespült wurden, Heilung eintreten sah; andererseits war ich bestrebt, den Patienten durch eine geringere Zahl der Waschungen die Beschwerden zu erleichtern. Ich habe das auch nicht zu bedauern gebraucht, denn die Heilungserfolge waren nicht ungünstigere, da von 27 Patienten, die mit 4 Waschungen und mehr behandelt wurden, 17 genasen, also ca. 63 pCt., und von 19 Patienten, an denen 3 resp. 2 Spülungen vorgenommen waren, 14 geheilt wurden, also ca. 73 pCt.

Zu den Waschungen habe ich in letzter Zeit keine stärkeren Höllensteinlösungen als 1:500 benutzt. Druckhöhe 50 ctm., Quantum der erwärmten Flüssigkeit 500 grm. Vor jeder Spülung, die erste ausgenommen, injizierte ich 4—5,0 einer 2 pCt. Eucainlösung für die Dauer von 5 Minuten. Zur ersten Waschung braucht nicht eucainisiert zu werden, weil dieselbe erstens nicht schmerzhaft ist und zweitens die Gefahr besteht, durch die Injektion Keime weiter in die Urethra zu bringen. Die erste Spülung wird gleich bei der ersten Konsultation vorgenommen, die 2. ca. 10 Stunden später, die 3. folgt dann nach ca. 12—14 Stunden. Dann ersuche ich den Patienten nach 48 Stunden wiederzukommen. Beim

Digitized by Google

Wiedererscheinen belehrt uns ein Blick aufs Orificium oder ein Druck auf die Urethra sofort über das Resultat. Lässt sich ein deutlicher, gelber Tropfen ausdrücken, dann ist die Kur misslungen, in solchem Sekret findet man allemal Gonokokken. Ist dagegen das Orificium nur verklebt oder wird nur ein farbloser, fadenziehender Tropfen sichtbar, dann ist die Kur geglückt; in diesem Sekret sind dann niemals Gonokokken nachweisbar.

Sind nun die Gonokokken durch die Coupierkur beseitigt, so restiert gewöhnlich ein Katarrh der Urethra, der einige Wochen dauern kann. Diesen Katarrh kann man entweder ignorieren — er verschwindet von selbst — oder man ordiniert ein Adstringens. Engelbreth giebt an, in dem Sekret des Nachkatarrhs niemals Bakterien gefunden zu haben. Ich habe diesen Befund in 5 Fällen zu verzeichnen. Das hat eigentlich nichts Befremdliches. Wir sehen ja nicht so selten bei Gonorrhöen, die nach den üblichen Methoden behandelt oder auch nicht behandelt werden, die Gonokokken schwinden und an ihre Stelle andere Bakterien treten, also eine Sekundärinfektion. Warum sollte es auch hier nicht geschehen?

Nach Engelbreth's Erfahrungen wäre eine lange Inkubationsdauer der Gonorrhöe prognostisch günstig für das Gelingen der Coupierkur. Ich kann das nicht bestätigen; von 9 Fällen mit 5—8-tägiger Inkubation wurden 6 geheilt, also 66 pCt. und von 28 Fällen mit 1—2-tägiger Inkubation genasen 15, also 65 pCt.; demnach fast das gleiche Verhältnis.

Dass die Dauer der Gonorrhöe das Resultat der Heilung wesentlich beeinflussen würde, musste a priori angenommen werden und die Praxis zeigt es; so heilten von 25 Fällen mit eintägiger Dauer 19, also 76 pCt. während von 21 Fällen mit 2-tägiger Dauer nur 12 heilten, mithin 57 pCt.

Gonorrhöen mit längerer Dauer als 2 Tagen habe ich von der Behandlung ausgeschlossen.

Gelingt die Abortivkur an einem Patienten, so scheint sie auch weiter zu glücken; so habe ich einem Kranken innerhalb $5^1/_2$ Monaten 3 und einen anderen innerhalb eines Jahres 4 frische Gonorrhöen coupiert.

Engelbreth giebt als Kontraindikation der vorzunehmenden Abortivbehandlung inflammatorische Erscheinungen am Orificium urethrae an. Obgleich ich nur diese Kontraindikation zur Direktive nahm, so sah ich in erster Zeit eine ganze Reihe misslingen und hier machte ich die Beobachtung, dass als Grund andere entzündliche Erscheinungen, als Trübung des Urins, Schmerz beim Urinieren oder Empfindlichkeit der Urethra auf Druck, anzuschuldigen waren.

Ich möchte daher die Kontraindikationen kürzer fassen und würde die Vornahme der Coupierkur nur gelten lassen an Patienten, deren Urethra keine Entzündungserscheinungen, ausgenommen den mikroskopischen Befund, erkennen lassen; also keine Inflammation des Orificium urethrae, kein Schmerz beim Urinieren, keine Empfindlichkeit der Urethra auf Druck und klarer mit Flocken untermischter Urin. Sehen wir Trübung des Urins in beiden Portionen, dann ist die Abortivbehandlung eo ipso ausgeschlossen, weil dann die pars posterior schon mitergriffen ist. Es gehört nicht zu den seltensten Vorkommnissen, dass wir Trübung in beiden Teilen, also ein Ergriffensein der Urethra in toto, schon am 3. Tage post infectionem sehen.

Meine Resultate sind nun folgende: von 46 Patienten (ein Patient entzog sich nach beendeter Kur der Beobachtung und kommt daher nicht in Betracht) heilten 31, also ca. 67 pCt. Blicke ich auf meine letzten 20 Fälle zurück, wo ich die Kontraindikationen präziser zu stellen lernte, so genasen von diesen 15, mithin 78 pCt. Heilungen.

(Schluss folgt).

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

764. Sitzung vom 16. November 1904.

Präses: Schmitz. — Sekretär: O. Moritz.

1. Schmitz spricht über den Retropharyngealabszess der kleinen Kinder.

Dieses Leiden pflegt seinen Ursprung in einer primären Lymphadenitis zu haben. Zu dieser Ansicht ist Schmitz deswegen gelangt, weil das einseitige Auftreten des Abszesses und sein langsames Wachstum nicht mit der Bókay'schen Ansicht, dass es sich um eine nach katarrhalischer Angina auftretende Phlegmone handelt — übereinstimmte. Die Schmitz'sche Anschauung ist nachträglich von Bókay als richtig anerkannt worden. In den ersten Lebensjahren finden sich nämlich, wie Most nachgewiesen hat, in dem sog. Spatium retroviscerale auf jeder Seite je eine Lymphdrüse, welche nach Most sogar beim Erwachsenen nachweisbar sein sollen. Letzteres wird von anderen Autoren bestritten. Die Zufuhrbahnen dieser Lymphdrüsen kommen 1) aus der Nase 2) aus dem Schlundkopf 3) aus dem Mittelohr.

Die Krankheit ist selten. Sch. verfügt über 50 Fälle, davon 40 aus der Hospitalpraxis. Mettenheimer, hat in 42 Jahren nur 1 Fall gesehn. Nach Bókay — auf 208,000 Kranke etwa 2 pCt. Retroph.-Abszesse. Die meisten Fälle kommen auf das erste Jahr— Bókay's jüngster Pat. war 2 Monate alt, Sch.'s jüngster 4 Monate. Die meisten kommen auf den 5–8. Monat. Im 3. Jahr stand nur einer der Sch.'schen Patienten.

Veranlassung zur Erkrankung sind Schnupfen, Otitis media, event. Angina. Angeblich soll zuweilen ein Trauma die Ursache bilden.

Symptome: Deglutitionsbeschwerden — die Kinder lassen die Brust fahren, ferner Schnarchen im Schlafe, zeitweilig Sistieren der Respiration im Schlaf, worauf die Pat. aufwachen und mit dem Schreien die Atmung wieder einsetzt. Ferner ein für dieses Leiden charakteristischer «Gaumenton» beim Schreien, so dass schon aus diesem Ton allein die Diagnose gestellt werden kann. Gesichert wird letztere durch die Digitalexploration — die Inspektion ist meist schwierig. Begleiterscheinungen des Leidens sind meist Fieber und Schwellung der Drüsen am Unterkieferwinkel. Die Therapie besteht in der rechtzeitigen Eröffnung des Abszesses — meist vom Rachen aus, gelegentlich von aussen. Die Incision ist unter Fingerkontrolle auszuführen und ist es nicht notwendig das Operationsgebiet deutlich zu sehen. Der Abszess muss offen gehalten werden, solange noch Sekretion stattfindet.

Die Prognose ist bei rechtzeitiger Eröffnung gut. Von Sch.'s 50 Kranken starben 3 — von denen wurden 2 von der Mutter zu früh aus dem Hospital genommen, beim 3. trat Spontanperforation ein, wobei das Kind erstickte.

Zum Schluss verliest Sch. die Krankengeschichte eines 5-monatigen Kindes, welches bei der Inzision des Abszesses eine tiefe Zungenwunde acquirierte mit nachfolgender schwerer Blutung, einige Tage darauf am Scharlach erkrankte und schliesslich gesund entlassen wurde.

Diskussion.

Lunin sieht jährlich c. 10—15 Fälle v. Retroph.-Abszess. Meist ist der vorangegangene Schnupfen nachweisbar. L. erinnert sich nur eines Todesfalles, wo gleichfalls Spontanperforation die Ursache war. L. operiert meist unter Kontrolle des Auges. Natürlich muss für ordentliche Beleuchtung gesorgt sein.

Fick fragt, ob bei der operativen Eröffnung des Abzesses nicht die Gefahr des Eitereinlaufens in den Larynx vorhanden ist und wodurch dieselbe event. vermieden wird.

Hellat fragt, ob Sch. versucht hat mit dem Reflektor in den Rachen der betr. Patienten zu schauen. Auf Dr. Fick's Frage meint H., dass die Spontanperforation meist nachts erfolgt bei liegender Stellung der Pat., wodurch das Einfliessen des Eiters in den Larynx begünstigt wird, die Operation nimmt man dagegen am sitzenden Kinde vor.

Petersen: Ist Tuberkulose häufig bei den an Retroph.-abszess leidenden Kindern?

Schmitz: Auf Dr. F.'s Frage ist die Antwort, die Hellat eben gab, wohl die richtige. Die Würgbewegungen schliessen im Sitzen die Glottis von selbst. Sch. hat früher bei der Operation mit dem linken Zeigefinger die Glottis geschlossen, hält das jedoch nicht für notwendig.

Den Reflektor hat Sch. nicht benutzt. Was die Tuberkulose betrifft, so hat Bókay angegeben, dass viele der betr. Kinder skrophulös gewesen.

Lunin: Zu der Frage der Inzision im Sitzen ist noch zu bemerken, dass nach erfolgtem Schnitt der Kopf sofort nach vorn gebeugt wird. L. sah auf jährlich 23,000 Pat. des Kinderhospitals in den Jahren 1902—1903 18 resp. 14 Fälle von Retroph.-abszess.

Digitized by Google

2. Dr. Colmers (Heidelberg) als Gast berichtet kurz über seine mit Prof. Petersen (Heidelberg) gemeinsam ausgeführten histologischen Studien an den Schleimhautcarcinomen des Magens und des Rectums. Die ausführliche Arbeit ist in den «Beiträgen zur klinischen Chirurgie» Bd. 43 erschienen. Bezüglich der Entstehungsart der Schleimhautcarcinome stehen sich die Meinungen Hauser's und Ribbert's gegenüber. Hauser ist der Ansicht, dass es sich stets um eine Degeneration des Schleimhautepithels selbst handelt, während Ribbert annimmt, dass das Carcinom stets aus sich selbst heraus wachse und das Epithel erst sekundär, rein mechanisch zum Schwund bringe, resp. verdränge. Colmers und Petersen haben gefunden, dass in allen Fällen die Ribbert'sche Anschauung die zutreffende sei. Durch mehrere 1000 Serienschnitte haben sie nachweisen können, dass die Tumorelemente einerseits ein expansives Wachstum zeigen — mit Verdrängung des normalen Gewebes, andererseits eine infiltrierende Form annehmen, wobei sich Carcinomstränge im Gewebe vorschieben. Namentlich bei letzterer Form kann man leicht den Eindruck gewinnen, wie dieses Hauser passiert ist, dass es sich um eine Epitheldegeneration handelt. Eine Untersuchung von Serienschnitten jedoch zeigt, dass es sich nur um ein passives Auseinanderdringen normaler Zellen handelt.

Bezüglich der Metastasenfrage ist zu betonen, dass das Magencarcinom sich meist im Magen selbst ausbreitet und spät metastasiert — umgekehrt ist es beim Rectumcarcinom. Folgende Zahlen illustrieren die Rezidivverhältnisse:

Magen:	Organrezid. 56	Drüsenrezid. 3	Metastatische Rezid. 41.
Rectum:	» 7	» 53	» 40.

Aus diesen Beobachtungen ergiebt sich für den Chirurgen die Folgerung, dass die Kocher'sche Modifikation der Magenresektion zu verwerfen ist. Es soll möglichst viel vom Magen entfernt werden, da der Pylorus meist, oft auch das Duodenum ergriffen ist. Beim Rectumcarcinom fällt dagegen oft die mikroskopische Tumorgrenze mit der makroskopischen zusammen. — Die sehr wichtige Frage der Spontanheilung des Carcinoms ist entschieden in positivem Sinne zu beantworten. Das Vorkommen von krebsigen Drüsenschläuchen in Blutgefässen und trotzdem erfolgter völliger Heilung beweist dieses. B. Schmidt (Strassburg) hat in 15 Fällen carcinomatöse Lungenemboli untersucht und nachweisen können, dass eine Organisierung des entstandenen Infarkts und ein Schwund der Carcinomelemente nachweisbar war. Auch ein interessanter Fall von v. Beck zeigt, dass bei der Operation zurückgelassene Tumorelemente der spontanen Resorption fähig sind. Es ist höchst wahrscheinlich, dass anfänglich der Organismus mit einer ganzen Anzahl von Metastasen fertig wird, bis er schliesslich entkräftet ist und der Tumor sich ungestört entwickeln kann.

Die Rectumcarcinome teilt C. in folg. Gruppen: 1. C. adenomatosum 2. C. solidum 3. Mischformen. Es zeigte sich nun, dass in der 2. und 3. Hauptform 100 pCt. Rezidive vorkamen, beim C. aden. simpl. 65 pCt., beim gelat. 8—9 pCt. Dagegen beim papilliferum und mikrocysticum keine Rezidive. Letztere sind auch diejenigen, die am spätesten zur Beobachtung kommen, oft erst nach 2—3 jähr. Bestehen des Tumors. Es ergiebt sich daraus, dass der Operation stets eine Probeexcision und mikroskopische Untersuchung des Tumors vorausgeschickt werden sollte. Alles in allem geben die Rect.-carcinome nach der Operation in 84 pCt. Rezidive. Handelt es sich nicht um eine der prognostisch günstigen Formen des Carc. adenomatosum, so hat die Operation zu unterbleiben.

Diskussion:

Westphalen fragt, ob sich die klinisch ja so abweichend verhaltenden Ulcuscarcinome histologisch von den primären Carc. unterscheiden lassen.

Fick hat vor Jahren aus der Zoege'schen Klinik 2 interessante Magencarcinome histologisch untersucht und einen derselben — unter dem Eindruck der Volkmann'schen Arbeiten — als Endotheliom beschrieben. In beiden Fällen konnte er anscheinend inselförmige Schleimhautdegenerationen nachweisen, doch zeigte es sich bei genauer Untersuchung, dass diese Inseln durch submuköse Verbindungen im Zusammenhang standen.

Sehr wichtig ist die Feststellung der Notwendigkeit, beim Magencarcinom die Magenwand möglichst weit fortzunehmen: es scheint somit, dass Mikulicz' Ansicht nicht richtig ist, der in erster Linie die Entfernung der Drüse fordert.

Dombrowsky hat mehrfach gesehn, dass operierte Rektumcarcinome trotz anscheinend schlechter Prognose nicht rezidivierten. So hat er eine Dame operiert, die heute noch lebt, nachdem ihr ausserdem vor 2 Jahren ein Mammacarcinom entfernt worden ist.

Colmers hat beim Ulcuscarcinom keine wesentlichen histologischen Differenzen gesehn. Meist sind es solide, scirröse Tumoren, die bösartig sind. Bezüglich der Volkmann-schen Endotheliome glaubt er, dass es sich dabei durchweg um Carcinome gehandelt hat.

Was die scheinbar isolierten Herde in der Schleimhaut betrifft, so hat Ribbert durchaus Recht — das Wachstum ist stets kontinuierlich.

Beim Rektumcarcinom sollte stets operiert werden, wenn es sich um C. microcysticum und papilliferum handelt. In anderen Fällen ist die Operation zu unterlassen — besonders wenn der Tumor solide ist, ist die Prognose absolut schlecht. Czerny hat dabei stets schlechte Resultate gehabt. Bezüglich der Magencarzinomrezidive ist die Mikulicz'sche Ansicht nicht zutreffend. Jeder bewegliche Magentumor sollte exstirpiert werden.

Berichtigung.

In der Totenliste der Nr. 7 der Petersb. Med. Wochenschr. findet sich die Notiz, dass der frühere Oberarzt der Russisch Chinesischen Bahn (soll heissen: der Chinesischen Ost-Bahn. M. Poletika in St. Petersburg gestorben sei. Das ist ein Irrtum. Dr. Poletika ist in Mukden gestorben. Er weilte seit dem Herbst vorigen Jahres wieder im fernen Osten und stand im Dienst des Roten Kreuzes.

Mandschuria, den 10. März 1905.

Dr. Hans Adolphi.

Vermischtes.

— Der ausserordentliche Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. S. Michnow, ist zum ordentlichen Professor auf diesem Lehrstuhl ernannt worden.

— Der Korpsarzt des 3. sibirischen Armeekorps, wirkl. Staatsrat Dr. Rjabinin, ist als Korpsarzt zum 3. Armeekorps übergeführt worden.

— Der Kurator des Kinderasyls des Zäsarewitsch Georgi Alexandrowitsch und Oberinspektor der heilgymnastischen Uebungen bei den St. Petersburger weiblichen Lehranstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrat Dr. Bursian, ist zum Direktor des Kinderasyls der Grossfürstin Alexandra Nikolajewna ernannt worden, unter Belassung in dem zweiten von ihm bekleideten Amte.

— Der ausserordentliche Professor der Charkower Universität Dr. Martynow ist als ausserordentlicher Professor auf den Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik der Moskauer Universität übergeführt worden.

— Der Privatdozent der Charkower Universität Dr. N. Trinkler ist zum ausserordentlichen Professor dieser Universität auf dem Lehrstuhl der chirurgischen Pathologie und der Verbandlehre ernannt worden.

— Vor kurzem beging der bekannte Physiologe, Prof. Dr. V. Hensen im Kiel, seinen 70. Geburtstag.

— Verstorben: 1) In Tomsk der frühere Professor der Augenheilkunde an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Theophil Jerofejew, im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher die Venia practicandi i. J. 1872 erlangte, begann seine ophthalmologische Tätigkeit als Assistent an der Augenklinik der mediko-chirurgischen Akademie und war dann Privatdozent an der Akademie, bis er bei der Errichtung des Lehrstuhls der Augenheilkunde in Tomsk als Professor für dieses Fach an die dortige Universität berufen wurde, an welcher er bis zum vorigen Jahre tätig gewesen ist. In der letzten Zeit lebte er verabschiedet als freipraktizierender Arzt in Tomsk. 2) Am 22. März in St. Petersburg der ausseretatmässige Arzt am Marinehospital und städtische Sanitätsarzt des Moskauer Stadtteils Dr. Grigori Matschichin im Alter von 40 Jahren, nach mehr als 16-jähriger ärztlicher Tätigkeit hierselbst. 3) In St. Petersburg am 25. März der ältere Sanitätsarzt des Hofressorts Dr. Alexander Haase im 39. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1889 als Arzt hier wirkte, fungierte auch als städtischer Sanitätsarzt im Liteiny-Stadtteil. 4) In St. Petersburg der ältere Arzt des hiesigen Alafusowhospitals Dr. Peter Frolow im Alter von 41 Jahren. Der Verstorbene begann seine praktische Tätigkeit i. J. 1889 und war in früheren Jahren Landschaftsarzt in Rybinsk und Ordinator am hiesigen städtischen Alexanderhospital.

— Zum Präsidenten der St. Petersburger städtischen Hospitalkommission ist, an Stelle von

Digitized by Google

Dr. Oppenheim, der hiesige Arzt Dr. Michael Petrunkewitsch gewählt. — Der neue Präsident, welcher gegenwärtig im 60. Lebensjahre steht, hat ca. 20 Jahre als Landschaftsarzt im Twerschen Gouvernement fungiert und war auch Deputierter der Twerschen Landschaft und Stadtverordneter in Twer. Bei den letzten Wahlen kam P. als Quartierinhaber in die St. Petersburger Duma.

— Das ältere Ehrenmitglied des Verwaltungsrates des Armenhauses zum Andenken an den Kaiser Alexander II. in der Stadt Oranienbaum und Mitglied der Medizinalabteilung der St. Pet. Gouvernements-Verwaltung, wirkl. Staatsrat Dr. Michael Popow, ist auf seine Bitte der erstgenannten Stellung enthoben worden.

— Der Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau hat der Moskauer Landschaftsorganisation zur Hülfeleistung für Verwundete, sowie dem Moskauer Stadtamt zu gleichem Zweck je 1037 Rbl. übergeben. Diese Summen stammen aus Spenden und Zahlungen der Besucherinnen der Kurse für Verwundeten- und Krankenpflege, welche von der Gesellschaft veranstaltet worden waren.

— Einberufen zum aktiven Dienst ist neuerdings der auf Grund einer nochmaligen Besichtigung als diensttauglich befundene rigasche Arzt Dr. Edm. Blumenbach und dem 131. Reserve - Feldlazarett zukommandiert worden. Ebenso hat, dem «Felliner Anz.» zufolge, der Fellinsche Kreisarzt Dr. H. Ströhmberg, welcher sich seit einem Monat als Schiffsarzt auf einer Expedition in den Gewässern des Mittel- und Schwarzen Meeres befindet, die Einberufungs-Order als Reservearzt erhalten, mit der Weisung, sich zunächst nach Omsk zu begeben.

— Die Geschäftsführung des Evangelischen Feldlazaretts hat von dem Oberarzt Dr. Schiemann in einem Telegramm, d. d. 22. März, aus Gunschulin die Mitteilung erhalten, dass im Lazarett z. Z. noch 7 Offiziere und 13 schwerverwundete Soldaten verpflegt werden. Das gesamte Inventar ist in Charbin untergebracht, ein Waggon mit Wintersachen aber bereits auf dem Wege nach Chailar. Wahrscheinlich wird das Lazarett auf der Station Dshalantun (etwa 50 Werst diesseits Zizikar) wieder errichtet werden. Dr. Kaegeler ist mit der Fliegenden Kolonne gesund aus der Mongolei zurückgekehrt. Zum grossen Bedauern des Oberarztes hat Dr. Lange am 23. März das Lazarett verlassen, um sich von den ungeheuren Strapazen, die seine Gesundheit angegriffen, in der Heimat zu erholen. An Dr. Langes Stelle schlägt Dr. von Schiemann Dr. Bierich vor, der sich in seiner Arbeit durchaus bewährt hat. Das Komitee hat diesen Vorschlag gutgeheissen und hierauf Dr. Lange einstimmig in den Ausschuss gewählt, um sich seines bewährten Rates in der ferneren Leitung des Samariterwerkes zu versichern.

— Wie der Oberkommandierende General Linewitsch mittelst Telegramms an den Kriegsminister berichtete, langte am 23. März in Charbin der in Mukden mit den russischen Schwerverwundeten zurückgebliebene Bevollmächtigte des Roten Kreuzes Gutschkow an und mit ihm 9 barmherzige Schwestern, 26 Personen des höheren medizinischen Personals und 65 Sanitäre. Sie waren von den Japanern auf Fuhren bis zu unseren Vorposten geschickt worden, wo das japanische Reiter-Cortège sie unseren Kosaken übergab. Gutschkow meldet, dass von den in Mukden Zurückgebliebenen die übrigen 200 Personen des Sanitätspersonals, unter denen 20 barmherzige Schwestern, 30 Aerzte und 150 Sanitäre sind, von den Japanern über Dalni nach Tschifu gesandt wurden, um zu Wasser nach Russland zu reisen. Zugleich meldete Gutschkow, dass er an Verwundeten in den Hospitälern Mukdens den Generalmajor Hahnenfeldt, 36 Offiziere, einen Arzt und 1649 Untermilitärs zurückgelassen habe. Eigentlich sind von uns bei der Räumung Mukdens in den Hospitälern des Roten Kreuzes an Schwerverwundeten und Schwerkranken nur 460 Untermilitärs sowie 406 verwundete und kranke Japaner zurückgelassen worden, unsere übrigen Verwundeten aber, 1 General, 36 Offiziere, 1189 Untermilitärs wurden erst nach dem Verlassen von Mukden seitens unserer Truppen in die Lazarette gebracht, wobei die auf dem Schlachtfelde gefundenen Verwundeten sowohl von unseren als auch von den japanischen Sanitären transportiert wurden. Gutschkow berichtet auch, dass die Japaner sowohl mit unseren Aerzten, mit den barmherzigen Schwestern und Sanitären, als auch mit den Verwundeten und Kranken freundlich umgingen und sich keinerlei Kränkung oder Bedrängung zuschulden kommen liessen.

Wie der «Now. Wr.» telegraphiert wird, gehören zu dieser aus Mukden in Charbin eingetroffenen Abteilung des russischen Roten Kreuzes die Aerzte des Kreuzeserhöhungs-Hospitals Butz, Kenchel, Christianowski, van Houten, stud. Meder; ferner der Pharmazeut Jürgens und von dem Holländischen Feldlazarett der Arzt Lieven, stud. Riesenkampff, die Schwestern Jakobson und Melzer.... Gleichzeitig sind von den Japanern nach Tschifu (zur Weiterreise nach Russland) geschickt worden: die Aerzte Potejenko und Woinitsch mit den Schwestern des Schuwalow-Hospitals und das ganze Livländische Lazarett mit noch anderen 6 gefangenen Aerzten. Die japanischen Aerzte Mukdens mit dem Generalinspektor Mori an der Spitze verabschiedeten sich von den unsrigen. Ein Dolmetscher hielt in Oyamas Namen eine herzliche Ansprache, dankte dem ganzen russischen medizinischen Personal für die freundliche Hilfe, die es den verwundeten Japanern erwiesen hat, und versprach, dass die japanischen Aerzte die russischen Verwundeten ebenso behandeln werden.

— Laut nachträglich eingegangener Meldung sind die als auf dem Verbandplatz des Alexandropolschen Inf.-Regiments verblieben in den Verlustlisten angeführten Aerzte: Iwan Ssaratowski, Hirsch Tatarski, Peter Awashonski und Leib Polonski am 17. März beim Regiment eingetroffen. Ebenso haben sich die als verschollen registrierten Aerzte Samuel Schlechter vom 1. Schützenregiment und Marian Schwarz vom 2. Schützenregiment nachträglich bei ihren Regimentern wieder eingefunden.

— Das hiesige städtische Peter-Paul-Hospital ist in der Dumasitzung am 23. März der Gegenstand einer erregten Debatte gewesen. Es gelangte nämlich ein Antrag des Ministeriums der Volksaufklärung auf Uebergabe des Peter-Paul-Hospitals mit seinem Budget an das weibliche medizinische Institut zur Verhandlung. Der Antrag fusst auf der Voraussetzung, dass bei der neuen Ordnung der Dinge alle Missverständnisse beseitigt werden würden, welche, nach der Meinung des Ministeriums, die klinische Tätigkeit des Instituts paralysieren, und, dass das städtische Hospitalwesen dadurch nur gewinnen würde.

Das Stadtamt ist aber anderer Meinung und motivierte diese, wie wir dem «Herold» entnehmen, folgendermassen: Das Peter-Paul-Hospital beherbergt gegenwärtig 700—800 Kranke; das medizinische Institut will aber nur 580 Kranke unterhalten. Gegenwärtig werden alle Kranke aufgenommen, das Institut aber würde nur für die Klinik interessante Kranke aufnehmen. Der Residenz fehlt es ohnehin an Hospitälern und viele Kranke bleiben ohne Behandlung. Wird das Peter-Paul Hospital dem Institut übergeben, so werden die anderen Hospitäler noch mehr überfüllt werden. Da das medizinische Institut nun eine staatliche Anstalt geworden ist, bedürfe es auch nicht mehr fortwährender Opfer seitens der Stadt. Die Stadt tue für das Institut ohnehin genug: sie gab ihm Baugrund, unterhält eine seiner Kliniken und gewährt ihm eine Subsidie von 15,000 Rbl. jährlich u. s. w.

Stadtverordneter Kriwenko führte hierauf aus, dass früher oder später dieses Hospital, in dem das Institut sein Heim nun einmal aufgeschlagen hat, demselben zufallen müsse, denn ein solches Institut könne doch nicht ohne Kliniken bleiben. Stadtv. Falbork protestiert dagegen: das Institut sei kein Privatunternehmen mehr, das auf städtische Hilfe angewiesen wäre. Es sei nicht Sache der Stadt, staatliche Institutionen aus ihren limitierten Mitteln zu dotieren. Stadtv. Kabat meinte, dass das Institut resp. das Ministerium das Hospital von der Stadt kaufen könne; für das Geld die Stadt dann ein Ersatzhospital bauen können.

Stadtv. Kedrin unterstützte den Stadtverordneten Kriwenko und empfahl die Frage zur weiteren Ausarbeitung an die Kommission in Sachen der Verbesserung des Hospitalwesens zu verweisen, was aber zu Lärm im Hause Veranlassung gab.

Es wurde zur Abstimmung geschritten, bei welcher der Dumaantrag mit allen gegen 4 Stimmen angenommen, d. h. das Gesuch wegen Abtretung des Peter-Paul-Hospitals abgelehnt wurde.

— Ueber den von der Pirogow-Aerztegesellschaft veranstalteten Anticholerakongress in Moskau ist wenig zu berichten, da die wissenschaftliche Ausbeute der Verhandlungen desselben eine recht kärgliche ist. Eine allgemeine Desinfektion zwangsweise durchzuführen, wurde nicht für möglich erklärt, dagegen die unentgeltliche Verbreitung von Mitteilungen über die Krankheit durch Flugblätter und Vorlesungen, sowie prophylaktische Choleraimpfungen für notwendig erachtet. Es wurde noch die Resolution angenommen, dass es den Aerzten nicht möglich sei, an den auf Grund des Reglements vom Jahre 1903 zu organisierenden sanitären Exekutionskommissionen teilzunehmen, da in ihnen allein die Staatsbehörden anzuordnen haben. Vor Schluss des Kongresses wurde die Gründung eines allrussischen Aerzteverbandes beschlossen und die Sitzung des Anticholerakongresses verwandelte sich alsdann, wie die «Now. Wr.» schreibt, in die erste Tagung des neuen «Verbandes zum Kampf gegen das bureaukratische Regime und für das Repräsentationsprinzip».

Bf.

Digitized by Google

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. März d. J. 10676 (26 wen. als in d. Vorw.), darunter 1296 Typhus — (102 wen.). 968 Syphilis — (4 mehr), 240 Scharlach — (19 wen.), 121 Diphtherie — (13 mehr), 88 Masern — (8 mehr) und 28 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis zum 19. März 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
522	411	933	193	132	171	19	16	37	79	67	68	57	52	28	14	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 55, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 28, Scharlach 13, Diphtherie 14, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 4, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 128, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 122, Tuberkulose anderer Organe 36, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungskanals 127, Totgeborene 34.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 5. April 1905.

Tagesordnung: A. Feldt: Ueber die modernen Methoden der Tuberkulinanwendung.
W l a d i m i r o f f: Therapeutische Versuche mit Tuberkulin an Rindern.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, den 11. April 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Ein sehr nützliches Produkt aus Cascara-Sagrada

„CASCARINE LEPRINCE"

C^{12} H^{10} O^{5}

Medizinische Akademie 12. Juli 1892.

Akademie d. Wissenschaften 1. April 1893 u. 3. Juli 1899.

Erprobt: bei gewöhnlicher Verstopfung, Leberleiden, als antiseptisches Mittel für die Verdauungsorgane; bei Atonie des Verdauungskanals, Verstopfung bei Schwangeren und mit der Brust Stillenden, und gegen Gallenstein.
Gewöhnliche Dosis in Pillen: 2 Pillen nach dem Essen oder zur Nacht vor dem Schlafengehen.
Haupt-Depot: 62, rue de la Tour, Paris. (32) 12—4.
Depot in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

NATÜRLICHE MINERALWASSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.
Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (2) 18—18.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.
Frau **Marie Kubert**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Frau **L. A. Bogoslowskaja**, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Marie Winkler, уг. Соляноа пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.
Frau **Tursan**, Спасская 21, кв. 6.
Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.
Frau **Minna Rieser**, geb. **Franke**. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.
J. **Krohn**, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.
Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Digitized by Google

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antituberkul. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche“

à 0,5 gr. bequemste und billigste Form.

Sulfosot-syrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Sirolin „Roche“

die idealste Form d. Kreosot- bezw. Guajacol-Therapie.

Wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup.

Vorteile: Sirolin hat vor allen andern Kreosot- und Guajacoltherapien die Vorteile des guten Geruches, angenehmen Geschmacks und völliger Unschädlichkeit.

Indikationen: **Lungentuberkulose, Keuchhusten, chirurg. Tuberkulose, allgemeine Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.**

Verordnung: Sirolin, Lagenam orig. Erwachsenen 3—6 Teelöffel, Kindern 2—3 Teelöffel täglich, vor oder unmittelbar nach dem Essen, rein oder in Wasser.

Warnung! Vor minderwertigen Nachahmungen wird gewarnt. Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Co., Fabrik chem.-pharm. Produkte
Basel (Schweiz) ✳ ***Grenzach*** (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Airol „Roche“

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche“

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche“

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche“.

Digalen (Digitox. solub. Cloetta)

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate Eisen- u. Bromprotylin „Roche“.

Arsylin „Roche“

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Stypticin *anerkannt vorzügl. Haemostatikum, besonders bewährt bei Uterusblutungen. In Form von Substanz, Tabletten, Watte und Gaze.*

Veronal *ausgezeichnetes Hypnotikum ohne jegliche schädliche Nebenwirkung. In Dosen zu 0,25 bis 0,5 und bis 1 gr.* (11) 13—10.

Tropacocain *sehr beliebtes Anästhetikum. Besitzt d. anästhetischen Eigensch. d. Cocains ohne d. Nebenwirk. Die Lösungen sind sterilisierbar.*

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. j. A.
Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.
Prachtvolle, sonnige Lage. Ausführliche illustrierte Prospekte.
Friedrichroda i. Thür.

BAD HALL (Oberösterreich).
Jodbrombad I. Ranges.
Aelteste und heilkräftigste Jodquelle in Europa.
Gegen **Frauenkrankheiten, Exsudate, chronische Entzündungen, Scrophulose, Syphilis erworbener oder ererbter Natur**, und deren **Folgekrankheiten, Gicht, Rheumatismus** etc. etc.
Modernste Kurbehelfe. Auskünfte erteilt
(39) 6—3. die Badeverwaltung.

Hôtel und Pension Hammerand
WIEN, VIII.
Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Digitized by Google

Originalprodukte „Heyden"

von uns in die Medizin eingeführt:

Salicylsäure, salicylsaures Natrium, salicylsaures Wismut, Salol, Creosotal, Duotal, Xeroform, Orphol, Solveol, Itrol, Collargol, Acoin etc.

Neu: Salocreol und Salit, zur äusserlichen Behandlung rheumatischer und neuralgischer Erkrankungen. **Salit** ausserordentlich billig; **Salocreol** noch von spezieller Wirkung bei Erysipelas faciei, Lymphadenitiden und skrofulösen Drüsenanschwellungen.

Neu: Calodal, leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur subkutanen, ganz besonders aber auch zur rektalen Ernährung und zur Darreichung per os als Kraftnährmittel.

Wir fabrizieren in bester Qualität *Acetylsalicylsäure,* in Substanz und als leicht zerfallende Tabletten, **Guajacol**, cryst. und liquid., **Benzonaphtol, Phenacetin, Lactophenin, Hexamethylentetramin, Diacetylmorphinum hydrochlor.** etc.

Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (21) 10—4.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT a/M.

EUNATROL

Vorzügliches **Cholagogum** bei **Gallenstein** und anderen Gallen- und Leberkrankheiten; wird besonders in Form der **Eunatrolpillen** ohne jede üble Nebenerscheinung monatelang genommen.

UROSIN

Einziges, von Dr. Weiss, dem Erfinder der Chinasäure-Therapie empfohlenes und sicher prophylaktisch wirksames Präparat gegen **Gicht und andere harnsaure Ablagerungen.**

(7) 3—3.

FORTOIN

Geschmackfreies **Antidiarrhoicum**, sicher wirksam bei akutem, chronischem und tuberkulösem **Darmkatarrh.**

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Kurort Teplitz-Schönau

in Böhmen,

in reizender Lage, inmitten des Erz- und Mittelgebirges, seit Jahrhunderten bekannte und berühmte heisse, alkalisch-salinische Thermen (28°—46° C.) Kurgebrauch ununterbrochen während des ganzen Jahres. Auch Wintercuren. Hervorragend durch seine unübertroffenen Erfolge bei Gicht, Rheumatismus, Lähmungen, Neuralgien, Neurasthenie, Blasen- und Nierenerkrankungen; von ausgezeichneter resorbirender Wirkung bei chronischen Exsudaten aller Art; von glänzendem Erfolge bei Nachkrankheiten aus Schuss- und Hiebwunden, nach Knochenbrüchen, bei Gelenksteifigkeiten und Verkrümmungen. 11 Badeanstalten mit 163 Badelogen. Thermal-, Douche-, Moorbäder, elektrische Licht-, Zwei- und Vierzellen-Bäder, Kohlensäurebäder, Massage, Elektricität, Mechanotherapeutisches Institut. «Fango di Monfalcone».

Alle Auskünfte ertheilt das Bürgermeisteramt von Teplitz-Schönau, sowie das städtische Bäderinspectorat und die Fürst Clary'sche Güterinspection.

Prospecte gratis durch: Bitowtt & Co. (49) 4-1.

EISENACH
KURANSTALT HAINSTEIN
NAHE DER WARTBURG
DAS GANZE JAHR GEÖFFNET
LEITENDER ARZT DR. HESS.

Wasserheilanstalt
Traunstein-Oberbayern

Sanatorium für Nervenkranke

Das ganze Jahr geöffnet. Leiter und Besitzer Dr. med. G. Wolf.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Ludmilla Kawalkewits, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

Frau **Gülzen**, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.

Lydia Duvan, Вас. Остр., 1 лин., д. 20, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau **Elvine Juckam**, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege nothwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Дозв. ценз. Спб., 2 Апрѣля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
MAY 11 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 14 St. Petersburg, den 9. (22.) April. 1905.

Inhalt: Dr. Arthur Berg: Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe. — Dr. Alexander Raphael: Ueber eine empfindliche Methode zum Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn. — Protokolle des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Kleinere Mitteilungen und therapeutische Notizen. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe.

Von
Dr. Arthur Berg in Riga.

(Schluss.)

Wenn ich einen Rückblick auf die von mir nach der Engelbrethschen Methode behandelten Patienten werfe, so glaube ich folgendes konstatieren zu können:

1) Kann die von Engelbreth postulierte Zahl der Waschungen von 4—5 auf 3 reduziert werden, vielleicht sogar auf 2. Letzteres ist nur eine Voraussetzung; die Zahl der mit 2 Waschungen behandelten Kranken ist noch eine zu geringe, um daraus Schlüsse ziehen zu können. Ich habe 3 Patienten mit je 2 Spülungen behandelt, 2 davon genasen. Es wäre wünschenswert, die Versuche in dieser Richtung fortzusetzen. Die Reduktion der Zahl der Spülungen auf 3 bedeutet für den Patienten und Arzt einen grossen Gewinn, denn mit der Häufigkeit der Eingriffe steigen selbstverständlich die Beschwerden der Kranken.

2) Halten sich die durch die Spülungen der Patienten verursachten Unbequemlichkeiten in durchaus bescheidenen Grenzen; nur ein Patient refüsierte nach 2 Waschungen die Fortsetzung der Kur.

3) Scheint diese Coupierkur keine Gefahren für den Kranken zu involvieren. Ich habe keine Komplikation und auch keine Verschlimmerung des gonorrhoischen Prozesses nach missglückter Kur bei meinen 47 Fällen eintreten sehen. Engelbreth beschreibt allerdings unter 30 Fällen eine Periurethritis, die im Anschluss an die Waschungen entstand. Diesem Ereignis wäre, wenn es vereinzelt bleibt, keine allzugrosse Bedeutung beizulegen, weil wir einmal Periurethritiden auch bei der üblichen Injektionsbehandlung auftreten sehen, gelegentlich auch bei interner Behandlung ohne jeglichen mechanischen resp. chemischen Insult der Urethra.

Wie steht es nun mit den eventuell in der Folge erscheinenden Strikturen? Ich habe die Urethra der Patienten, denen ich 3 resp. 4 mal die Gonorrhoe coupierte, daraufhin untersucht und habe kein Infiltrat nachweisen können. Die Beobachtungszeit ist natürlich eine viel zu kurze, um sich ein endgültiges Urteil bilden zu können.

4) Ist diese Kur eine Radikalkur, insofern als man dem Patienten am übernächsten Tage nach beendeter Behandlung mit Bestimmtheit sagen kann, ob er genesen ist oder nicht. Es handelt sich nur um 2 Dinge, entweder befinden sich die Gonokokken in für das Medikament erreichbarer Tiefe, sie werden dann alle vernichtet und der Patient ist genesen oder sie sind nicht mehr erreichbar und der Patient bleibt krank. Dass die Gonokokken nur scheinbar vertilgt werden, um in späterer Zeit wieder zum Vorschein zu kommen, beobachtet man nie.

5) Scheinen die Gonokokken nicht so schnell in die Tiefe zu dringen, wie von vielen Autoren angenommen wird, die schon aus diesem Grunde allein jede Abortivmethode perhorreszieren. Es giebt eine ganze Reihe von Fällen, in denen die Gonokokken noch viele Tage post infectionem rein epithelial sitzen müssen, denn sonst wären die durch die oben besprochene Coupiermethode erzielten Resultate nicht so günstige. Einige Aerzte, wie z. B. Blaschko, meinen, die Versuche der Abortivkur wären aussichtslos, sobald das Sekret mikroskopisch nur Leukocyten und zahlreiche Gonokokken enthält. Ich habe unter dem Mikroskop nur ausnahmsweise etwas anderes gesehen und doch sind die Kuren gelungen. In den allerersten Stadien, wo im mikroskopischen Bilde die polygonalen Plattenepithelien praevalieren, die Zahl der Leukocyten eine geringe ist, die Gonokokken grösstenteils frei im Sekret oder auf den Epithelien liegen, in diesem Stadium bekommt man die Patienten höchst selten zu Gesicht.

Misserfolge wird es gewiss immer geben; durch unsere klinischen Untersuchungsmethoden werden wir voraussichtlich niemals imstande sein, mit Sicherheit festzustellen, wieweit die Gonokokken ins Gewebe eingedrungen sind. In der Mehrzahl der Fälle können wir aus den oben angeführten Merkmalen wohl erkennen, ob

Digitized by Google

Namen.	Wievielste Gonorrhöe.	Inkubation.	Dauer der Gonorrhöe vor der Behandlung.	I. Urinportion.	Behandlung.	Zahl der Waschungen.	Resultat.	Dauer der Gonorrhöe in Wochen bei den missglückten Fällen.	Besondere Bemerkungen.
J. K.	II	3	1	l. trüb	26./VIII 1/5, 1/4. 27./VIII 1/4, 1/4. 28./VIII 1/4, 1/3.	6	?	—	
J. P.	II	2	2	klar	2./IX 1/5, 1/4. 3./IX 1/4, 1/4.	4	+	—	6./XI noch serös-sanguinolentes Sekret. Zinc. permang. zur Injektion.
H. H.	III	2	2	trüb	3./IX 1/5. 4./IX 1/3, 1/3. 5./IX 1/4.	4	—	12	5./IX Schwellung des Gliedes, sanguinolenter Ausfluss.
A. S.	II	4	1	klar	4./IX 1/5. 5./IX 1/4. 3. Spülung versäumt. 6./IX 1/4, 1/4. 7./IX 1/5.	5	+	—	9./IX sanguinolentes Sekret: Leukocyten, Erythrocyten, Bakterien, Schleim und Epithel.
A. B.	IV	3	1	klar	8./IX 1/5, 1/4. 9./IX 1/4, 1/4. 10./IX 1/4.	5	+	—	13./IX Einige Bluttropfen aus der Urethra.
G. R.	III	3	2	klar	22./IX 1/5, 1/4. 23./IX 1/3, 1/5. 24./IX 1/5.	5	+	—	
E. P.	II	3	1	klar	25./IX 1/5, 1/4. 26./IX 1/4, 1/5.	4.	+	—	26./IX etwas blutiger Ausfluss.
H. S.	V	2	1	l. trüb	25./IX 1/5. 26./IX 1/5, 1/4. 27./IX 1/5.	4	+	—	27./IX Urin I u. II leicht trüb.
P. J.	II	3	2	klar	27./IX 1/5, 1/4. 28./IX 1/4, 1/4.	4	+	—	29./IX blutiger Ausfluss, II leicht trüb. 8./X Sekret: Urin, Epithel, Bakterien.
S. M.	I	6	1	trüb	30./IX 1/5. 1./X 1/4, 1/4. 2./X 1/4.	4	—	?	2./X blutiger Ausfluss.
M. S.	II	1	1	trüb	2./X 1/5. 3./X 1/4, 1/4. 4./X 1/4.	4	—	8	
S. B.	II	2	1	klar	11./X 1/5. 12./X 1/4, 1/5.	3	+	—	12./X sanguinolentes Sekret.
C. D.	III	3	2	l. trüb	20./X 1/5. 21/X 1/5, 1/5. 22./X 1/5.	4	—	6	22./X sanguinolentes Sekret.
A. W.	II	5	1	l. trüb	28./X 1/5, 1/4. 29./X 1/4, 1/5. 30./X 1/5, 1/4.	6	+	—	
A. M.	V	2	2	klar	30./X 1/5, 1/4. 31./X 1/4, 1/4.	4	—	7	
E. B.	II	2	1	klar	4./XI 1/5. 5./XI 1/4, 1/3. 6./XI 1/4, 1/4.	5	+	—	10./XI geringe Schmerzen in d Urethra. Sekret: wenig Leukocyten.
G. R.	IV	4	1	klar	13./XI 1/5, 1/4. 14/XI 1/4, 1/4.	4	+	—	27./XI Urethralsekret: Schleim, Epithel, wenig Leukocyten.
D. W.	III	3	2	klar	29./XII 1/5, 1/4. 30./XII 1/5, 1/5.	4	+	—	2./I sanguinolentes Sekret.
M. S.	II	2	2	klar	30./XII 1/5, 1/5. 31./XII 1/4, 1/5.	4	+	—	
R. G.	I	4	2	trüb	2./I 1/5, 1/5.	2	—	?	
C. T.	IV	2	1	klar	10./I 1/5, 1/4. 11./I 1/4, 1/5.	4	+	—	
J. J.	VI	3	2	trüb	19./I 1/5, 1/4. 20./I 1/5, 1/5.	4	—	6	22./I Beschwerden beim Urinieren, blutiges Sekret.
A. P.	II	7	1	klar	26./I 1/5 27./I 1/4. 3. Spülung versäumt. 28./I 1/5.	3	+	—	
S. K.	IV	3	1	klar	26./I 1/5. 27./I 1/5.	2	+	—	Wegen starker Schmerzen Fortsetzung der Spülung unterbrochen.
M. K.	III	8	1	trüb	28./I 1/5. 29./I 1/5, 1/4.	3	—	6	
A. H.	II	1	2	trüb	9./II 1/5, 1/5. 10./II 1/5.	3	—	12	22./III Tripperrheumatismus,
B. R.	V	1	1	l. trüb	14./II 1/5, 1/4. 15./II 1/5.	3	—	?	Wegen Schmerzen Fortsetzung der Spülung unterbrochen.
A. K.	III	4	1	klar	14./II 1/5. 15./II 1/5, 1/5. 16./II 1/5.	4	+	—	19./II Sekret: Schleim, Epithel, Leukocyten u. Bakterien.

Digitized by Google

Namen.	Wievielste Gonorrhöe.	Inkubation.	Dauer der Gonorrhöe vor der Behandlung.	I. Urinportion.	Behandlung.	Zahl der Waschungen.	Resultat.	Dauer der Gonorrhöe in Wochen bei den missglückten Fällen.	Besondere Bemerkungen.
E. M.	II	3	2	l. trüb	19./II 1/5, 1/4. 20./II 1/4, 1/4. 21./II 1/5.	5	—	8	
E. S.	V	3	1	klar	30./III 1/5, 1/4. 31./III 1/5, 1/5.	4	+	—	
A. E.	III	2	1	klar	21./IV 1/5. 22/IV 1/5, 1/5.	3	+	—	8.V U. — Sekret: Schleim, Epithel, wenig Bakterien.
A. B.	II	2	2	klar	26./IV 1/5. 1/5. 27./IV 1/5, 1/5.	4	—	5	
G. R.	V	6	2	klar	27./IV 1/5, 1/5.	2	+	—	
E. K.	III	5	2	klar	6./V 1/5, 1/5. 7./V 1/5.	3	+	—	
A. K.	IV	2	2	klar	30./V 1/5, 1/5. 31./V 1/5, 1/5.	4	+	—	
A. S.	IV	2	1	l. trüb	9./VI 1/5. 1/5. 10./VI 1/5, 1/5.	4	—	7	
W. M.	III	5	1	klar	9./VI 1/5. 10./VI 1/5, 2/5.	3	+	—	
W. S.	II	2	1	?	29./VI 1/5, 1/5. 30./VI 1/5, 1/5.	4	—	7	
A. K.	V	2	1	l. trüb	26./VII 1/5, 1/5. 27./VII 1/5, 1/5.	4	+	—	
A. M.	I	2	1	klar	13./VIII 1/5. 14./VIII 1/5, 1/5.	3	+	—	
A. B.	III	1	1	klar	17./VIII 1/5. 18./VIII 1/5, 1/5.	3	+	—	
G. R.	VI	2	1	klar	9./IX 1/5, 1/5. 10./IX 1/5.	3	+	—	
M. O.	III	2	2	klar	16./IX 1/5. 17./X 1/5, 1/5.	3	+	—	
A. W.	II	6	2	klar	18./IX 1/5, 1/5. 19./IX 1/5.	3	—	—	
D. G.	II	1	2	klar	20./IX 1/5, 1/5. 21./IX 1/5.	3	+	—	
A. U.	IV	1	2	klar	24./IX 1/5, 1/5. 25./IX 1/5.	3	+	—	
K. P.	III	5	2	klar	8./X 1/5, 1/5. 9.X 1/5.	3	+	—	11./X Urethralsekret: Schleim, Epithel, wenig Leukocyten, Bakterien.

unser Medikament die Gonokokken zu erreichen imstande sein wird oder nicht.

Zum Schluss kann ich den Herren Kollegen die oben besprochene Engelbreth'sche Abortivbehandlung der Gonorrhoe zur Nachprüfung und Nachuntersuchung empfehlen. Die Zahl meiner Fälle ist wohl eine zu geringe, um aus ihr bindende Schlüsse für die Gefährlichkeit resp. Ungefährlichkeit, für die schädlichen resp. unschädlichen Folgen an den Patienten zu ziehen; sie ist aber gross genug und die Resultate sind genügend gute, um dieser Behandlung volle Beachtung zu schenken. Es kommt alles darauf an, dass der Patient so früh wie möglich nach der Infektion ärztliche Hilfe aufsucht und in dieser Richtung müsste das Publikum belehrt werden. So lange die Männer an ein contagium vivum, das von einer Person auf die andere übertragen wird, nicht glauben wollen und die unangenehmen Sensationen in der Urethra einige Zeit nach dem Verkehr nicht als Infektion, sondern stets als Ueberreizung deuten und solange sie allerlei abergläubischen Torheiten inbezug auf die Infektion huldigen, solange wird dem Arzt nicht häufig die Gelegenheit geboten werden, dem Kranken rechtzeitig zu helfen.

Erst wenn die Männer lernen werden, jeden ausserehelichen Verkehr als suspekt anzusehen und sich daraufhin zu beobachten, erst dann wird uns ein reicheres Material zufliessen, dem wir die segensreiche Wirkung der Coupierkur werden zuteil werden lassen können.

Nach Beendigung dieser Arbeit stiess ich auf einen Artikel von Engelbreth im 39. Bande der Monatshefte für prakt. Dermatologie, in welchem er weitere 30 nach seiner Methode behandelte Fälle bekannt giebt. Er veröffentlicht ein überraschend günstiges Resultat: Von 30 Fällen wurden 26 geheilt, also 86²/₃ pCt. Wie er sagt, wäre das Ergebnis noch schöner gewesen, wenn er sich von den Fällen ferngehalten hätte, wo Inflammation des Orificium vorhanden war, es würden dann nur 2 negative Fälle zu verzeichnen gewesen sein. Er giebt hier als Kontraindikationen an: eine längere Dauer der Gonorrhöe als 2 Tage, Inflammation des Orificium urethrae und Trübung des Urins. In der Zahl der Waschungen ist er allmählich auf 2 zurückgegangen, hat dagegen die Konzentration der ersten Spülung auf 1:200 auf 1:150 erhöht; zur 2. Spülung nimmt er argent. 1:500.

Zum Schluss meint er, dass die erste Spülung möglicherweise nicht stärker zu sein brauchte als 1:300—1:500.

Nach meinen Erfahrungen brauchte die Konzentration der Argentumlösungen von 1:500 nicht überschritten zu werden, da die Resultate genügend gute sind und die mit den Spülungen eventuell verknüpften Gefahren voraussichtlich geringere sein dürften.

Ueber eine empfindliche Methode zum Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn.

Von
Dr. Alexander Raphael,
Arzt zu Durben (Kurland).

Mit einer, demnächst erscheinenden Arbeit über die Jodabsorbierende und Jodabschaltende Kraft verschiedener pathologischer Harne beschäftigt, habe ich Gelegenheit genommen, auch eine Reihe von ikterischen Harnen zu untersuchen, und bin dabei zu einer für den praktischen Arzt sehr brauchbaren Methode zum Nachweis von Gallenfarbstoff gelangt.

Die Probe lässt an Empfindlichkeit nichts zu wünschen übrig und hat in keinem der von mir untersuchten 57 Fälle versagt.

Zur Ausführung benutzt man die zwei bekannten, zur Diazoreaktion nötigen Lösungen: 1) Acid. sulfanil. 5,0, Acid. mur. pur. 50,0, Aq. dest. 100,0 und 2) Natr. nitros. 0,5, Aq. dest. 100,0.

Diese Lösungen geben, je nachdem in welcher Reihenfolge sie benutzt werden, verschiedene Farbenreaktionen.

Probe 1: Tut man in ein Reagenzglas 2—3 Tropfen der Natr. nitros.-lösung, darauf circa 5 Cubctm. der Sulfanils.-lös. und fügt nun 5 Cctm. des zu untersuchenden Harnes hinzu, so wird bei Gegenwart von Gallenfarbstoffen die Flüssigkeit zunächst amethystfarben, um nach kurzer Zeit in ein Kirschrot überzugehen, das je nach der Menge des vorhandenen Gallenfarbstoffes verschieden dunkel ausfällt. Die Intensität der Färbung nimmt, wenn man den so behandelten ikterischen Harn stehen lässt, in den ersten 24 Stunden zu. Ist der Harn sehr diluirt und wenig Gallenfarbstoff vorhanden, so ist trotzdem die rote Färbung noch deutlich sichtbar, wenn man das Reagenzglas mit dem Boden gegen eine weisse Unterlage gerichtet hält und von oben hineinsieht. Die dickere Flüssigkeitsschicht bringt die Färbung noch gut zur Anschauung.

Probe 2.: Wählt man die Reihenfolge anders und tut zunächst 2—3 Tropfen der Natr. nitros.-lös., darauf 5 ccm. des ikterischen Harnes und dann erst 5 ccm. der Sulfanilsäurelösung hinzu, so wird die Flüssigkeit, je nach der Menge des vorhandenen Gallenfarbstoffes, intensiv gelbgrün. Im Laufe von 24 Stunden geht dann diese Färbung allmählich in die vorher beschriebene kirschrote über. Gelegentlich seiner Publikation über die Jodprobe ikterischer Harne erwähnt Rosin (Berl. Klin. Wschr. 1893, Nr. 5) kurz, dass ausser anderen Reagentien auch Diazobenzolsulfosäure eine Farbenreaktion mit ikterischem Harn giebt. Ueber die von mir erwähnte Methode zum Nachweis von Gallenfarbstoff habe ich in der mir zu Gebote stehenden Literatur nichts gefunden, möchte sie aber dem praktischen Arzte warm empfehlen, da sie einfach auszuführen ist und noch da Gallenfarbstoff deutlich nachweist, wo die übrigen leicht auszuführenden Methoden zum Teil versagen oder undeutlich werden.

Zum Schluss möchte ich die Kollegen um Nachprüfung einer Beobachtung bitten, die ich in 2, durch Carcinom hervorgerufenen Fällen von Choledochusverschluss gemacht habe:

Die Probe 1 auf Gallenfarbstoff ergab einen sehr stark ins Bläuliche spielenden Farbenton des Rot. Interessant wäre es, zu erfahren, ob vielleicht bei durch bösartige Geschwülste bedingtem Ikterus in jedem Falle das Rot bläulicher ausfällt, als bei gutartigem Ikterus. Wurde in den erwähnten 2 Fällen der Harn zwecks Jodzahlbestimmung mit einer Jodjodkaliumlösung (10,0 $^{1}/_{10}$ Normal- J-lös. auf 10,0 Harn) versetzt und nach 24 Stunden das freie Jod durch Natriumthiosulfat gebunden, so blieb eine so intensiv smaragdgrüne Färbung des Harnes zurück, wie ich sie bei der Rosin'schen Jodprobe auf Gallenfarbstoff nie gefunden habe, ebenso wenig auch, wenn ich Fälle von gutartigem Ikterus zur Jodzahlbestimmung in der erwähnten Weise untersuchte. Das Grün war immer weniger leuchtend, mehr gelblich. Da mir bis jetzt keine weiteren Fälle, wie die 2 erwähnten, zu Gesichte gekommen sind, bin ich ausserstande zu sagen, ob das, was ich in diesen zwei Fällen fand, Gesetz oder Zufall ist, bitte nur die Kollegen, falls sie ähnliche zur Behandlung bekommen, um Nachprüfung. In einer anderen Arbeit komme ich auf diese Fälle zurück.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1330. Sitzung am 27. September 1904.

1. Petersen demonstriert eine Patientin von 64 Jahren, die ein Ulcus rodens von weit über Handtellergrösse an der Stirne hat. Die Patientin, die seit 16 Jahren an dem Geschwür leidet, ist einer konsequenten Therapie bisher nicht unterworfen worden. Operative Eingriffe hat sie abgelehnt. Petersen beabsichtigt eine Behandlung mit Röntgenstrahlen, da der Fall wegen der grossen Ausdehnung des Geschwürs für Finsenbehandlung ungeeignet erscheint. Auf Petersens Frage, ob nicht eine chirurgische Therapie noch möglich wäre, erwidert Dombrowski, das die Exstirpation des Geschwüres technisch durchführbar sei, dass aber die Deckung des Defektes Schwierigkeiten machen dürfte. jedenfalls müssten Transplantationen in Anwendung gezogen werden.

2. Petersen berichtet über die Verhandlungen des 5. internationalen Dermatologenkongresses, der in Berlin vom 30. August bis 4. September unter dem Vorsitz von Lesser getagt hat. Die Verhandlungen des sehr gut besuchten Kongresses boten eine Fülle wissenschaftlichen Materials, dessen Verarbeitung durch zahlreiche Krankendemonstrationen und vorzügliche Projektionsbilder erleichtert wurde.

Hauptgegenstände der Verhandlungen waren folgende:
A. Leprafrage.
B. Gefässveränderungen bei Syphilis.
C. Stoffwechselveränderungen bei Hautkrankheiten.
D. Syphilisimpfung an Tieren.

Als eine wichtige Tatsache hebt Petersen hervor, dass die Syphilisimpfung an Tieren und zwar an den höheren Affen mit Erfolg ausgeführt worden ist. Als Impfmaterial bewährte sich nur Gewebsdetritus aus Initialsklerosen, während gummöses Material stets sich als unwirksam erwies. Der Verlauf der Impfsyphilis an Affen ist sehr typisch. Der Impfstich verheilt bald, doch entwickelt sich an seiner Stelle nach 22 bis 37 Tage eine typische Initialsklerose, die exulcerieren kann. Daran schliessen sich Schwellungen der regionären Lymphdrüsen und später ein Exanthem, sowie Papeln auf der Mundschleimhaut. Weiterimpfungen von infizierten Affen sind ebenfalls gelungen. Filtrieren durch Bakterienfilter und Erhitzen macht das Impfmaterial unwirksam. Weitgehende Schlussfolgerungen lassen sich aus den bisher gelungenen Versuchen nicht ziehen, immerhin eröffnet sich eventuell die Möglichkeit einer Serotherapie.

In der Leprafrage wurde ein Bericht über die letzten 7 Jahre aus den verschiedensten Ländern vorgelegt. In Norwegen findet ein konstanter Rückgang der Lepra statt, doch sind auch in Russland erfreuliche Resultate erzielt worden.

Direktor: Kernig.
Sekretär: Fick.

1331. Sitzung am 25. Oktober 1904.

Masing: «Ueber Sprachstörungen».

Zunächst demonstrierte M. das Gehirn des Oskar Tomming, dessen Kranken- und Sektionsgeschichte in Nr. 31. 1904 der «St. Peterb. med. Wochenschrift» gedruckt ist. Ferner demonstrierte er das Gehirn des Pat. N. L., dessen Krankengeschichte auch in der erwähnten Nr. veröffentlicht ist. Wie im Leben angenommen, erwies sich im l. Schläfelappen und l. Occipitallappen ein grosser Erkrankungsherd, der die sensorielle Aphasie und die r. Hemianopsie veranlasst hatte. Endlich teilte er noch 2 Krankengeschichten mit. Der Insasse des evangel. Siechenhauses Hochheim leidet an der seltenen Form der transcorticalen sensoriellen Aphasie. Wenn man ihm laut sagt: «Zeigen sie die Zunge», so tut er es nicht, denn er versteht den Befehl nicht, aber er wiederholt ganz präzise die Worte wie ein Echo: «Zeigen Sie die Zunge». Er hört gut. Wenn man von weitem seinen Namen ruft, kehrt er sich gleich zum Sprecher; wird ein anderer Name gerufen, so reagiert er nicht.

Interessant war M. auch die Beobachtung an einer 70-jährigen Frau mit isolierter Alexie, kombiniert mit zeitweiliger rechtsseitiger Hemianopsie. Sie konnte gar nicht lesen, wohl schreiben, aber auch den eben geschriebenen Brief unmöglich lesen. Auffallend war an ihr der Defekt im Namengedächtnisse. Die Namen, Tauf- wie Familiennamen, der Hausgenossen, der Dienstboten, die viele Jahre in täglichem Verkehre mit ihr standen, waren ihr vollständig entfallen. Am Herzen ein diastolisches Geräusch. Ganz allmählich Besserung.

Diagnose: Embolie und Ischämie des linken gyrus angularis so tief ins Gehirn hinein, dass die l. Sehstrahlung mitgetroffen war. Wahrscheinlich Herstellung der Cirkulation.

Diskussion:

Kroug wendet sich gegen den Ausdruck «transkortikale» Störungen, welcher als metaphysischer Begriff innerhalb der an ganz bestimmte Gebiete gebundenen Vorgänge eine Verwirrung zu schaffen imstande ist. Zu den beiden Formen der subkortikalen, d. h. unterhalb, und der kortikalen, d. h. innerhalb der Rinde einsetzenden Aphasien tritt klinisch noch eine dritte Form hinzu, die nicht die Leitungsbahn. noch auch die Centren, sondern die Verbindung zwischen den verschiedenen beim Ablauf des normalen Sprechens in Funktion tretenden kortikalen Centren betrifft. Diese Formen wären zweckentsprechend als «intrakortikale» oder «intracentrale» Aphasien zu bezeichnen: In ganz reiner Form kommen diese Störungen wohl kaum jemals zur klinischen Beobachtung, da die sie hervorrufenden pathologischen Veränderungen zu grobe und diffuse Verletzungen setzten, Erweichungen und Blutungen,

Digitized by Google

so das immer Cortex und Leitungsbahn in grösserem oder geringerem Grade mitbetroffen wird; immerhin ist es berechtigt, je nach dem Prävalieren des Centrums, der Leitungs- oder Verbindungsbahnen innerhalb der Rinde diese 3 Formen klinisch zu unterscheiden.

Die von Vorredner betonte Vergesslichkeit ist ein Allgemeinsymptom, welches im Anschluss an die verschiedensten gröbsten und feinsten Störungen der Gehirnfunktion auftritt und als solche keine pathognomonische Bedeutung hat.

Was das buchstabierend Lesen anbetrifft, so glaubt K., dass die verschiedenen Menschen, je nach geistiger Entwicklung, Bildung, Uebung verschieden lesen. Wenn er auch für den minder geübten, das Kind, den Bauer etc. ein buchstabierend Lesen durchaus anerkennt, ebenso das Lesenlernen buchstabierend vor sich gehen lässt, für den im schnellen Lesen Geübten muss er es absolut in Abrede stellen. Es giebt eine gewisse Grenze für das Percipieren einzelner Gesichtseindrücke, bei deren Ueberschreiten auch der beste Seher sie nicht mehr einzeln erfassen kann — soviel ihm bekannt 1/6 Sekunde. Beim Lesen einer Seite ist es möglich ein gewisses Maximum an Worten zu lesen. Zählt man die einzelnen Buchstaben, so ergiebt sich, dass die Summe derselben die Summe der einzelnen sichtbar möglichen um ein vielfaches übertrifft, aber mit der Summe der einzelnen Worte annähernd übereinstimmt. Ebenso liest der geübte Pianist nicht die einzelnen Noten sondern ganze Perioden auf einmal.

Masing giebt die Unzweckmässigkeit des Ausdrucks «transkortikale» Bahn zu; immerhin ist der Ort genau bekannt und dieselben Störungen können sub- und transkortikaler Natur sein, weil die Bahnen dicht bei einander liegen: ein Mann mit transkortikaler motorischer Aphasie kann laut lesen und nachsprechen.

Was das Buchstabieren anbetrifft, so giebt es Kranke, die nicht buchstabierend lesen, aber bei einem gewissen Buchstaben stets anstossen, wenn es in einem Worte vorkommt.

Kroug: Dies Argument braucht nicht beim Buchstabierendlesen verwertet zu werden; der betr. Buchstabe stellt eben für den Kranken etwa Störendes im Gesamtbild des Wortes vor. Auch der normale geübte Leser stutzt, wenn in einem geschriebenen Wort ein falscher Buchstabe hineingeraten ist, weil er eben den Bildwert verändert. Dasselbe gilt für das Lesen von Worten, die ohne den gewohnten Intervall dastehen, es verschwindet das Wortbild und daher setzt dabei das Buchstabierendlesen ein.

Direktor: Kernig.
Sekretär: Fick.

Kleinere Mitteilungen und therapeutische Notizen.

— Ueber das von Fuchs und Schultze eingeführte neue Hypnotikum Neuronal (Bromdiaethylacetamid) hat Weifenbach umfangreiche Beobachtungen angestellt und fasst sein Urteil über dasselbe in folgende Worte: «Neuronal ist in Dosen von 1,0—2,0 g. ein recht brauchbares Hypnotikum bei einfacher Schlaflosigkeit und bei Erregungszuständen Geisteskranker; als Sedativum tut es in Tagesdosen von 3 × 0,5 bis 3 × 1,5 g. im allgemeinen auch recht gute Dienste. Kumulative Eigenschaften scheinen ihm zu fehlen. Ein Nachteil liegt jedoch in einer ziemlich raschen Angewöhnung des Organismus an das Mittel und damit verbunden einer allmählichen Abnahme seiner narkotischen Kraft. Der Geschmack ist nicht gut, aber nicht besonders intensiv und vor allem so wenig nachhaltig, dass diese Eigenschaft der Einbürgerung des Medikaments kaum hindernd im Wege stehen dürfte. Hinsichtlich seiner narkotischen Kraft steht es nicht höher, als die seither beliebten Beruhigungsmittel, besonders das Trional und das Veronal. Es ist zwar nicht ganz frei von unangenehmen und toxischen Nebenwirkungen, jedoch verschwinden dieselben zum Unterschied von anderen Narkoticis nach Aussetzen des Mittels im allgemeinen in kürzester Frist, ohne irgendwelche Schädigungen des Organismus zurückzulassen. Zurzeit ist der Preis des Medikaments ein noch relativ hoher». (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Nr. 182, 1. Februar 1905). Michelson.

— C. Graeter und v. Hoessle (Deutsche Medizinal-Ztg. 1905, Nr. 8) haben das von Lucke für die Gonorrhöebehandlung an Stelle von Protargol benutzte Novargan geprüft und durch Versuche am Kaninchenauge festgestellt, dass Novargan die Schleimhaut viel weniger reizt als Protargollösung und namentlich Albarginlösung von gleicher Konzentration. Das Novargan ist ein feines gelbes Pulver, welches sich in Wasser bis zu 50 pCt. zu einer rotbraunen Flüssigkeit löst und in fester organischer Bindung («maskiert») 10 pCt. Silber, 8 pCt. Protargol, 4,2 pCt. Argonin und 5,35 pCt. Argentamin enthält. Albargin enthält zwar 14 pCt. Silber, aber nicht in der maskierten Form des Novargans und Protargols, denn wässerige Albarginlösungen geben mit verdünnter Salzsäure, ja schon mit physiologischer Kochsalzlösung, Silberniederschläge, während Novarganlösungen weder durch alkalische Lösungen, Gewebsflüssigkeit, Blutserum, Schleimhautsekret etc. noch durch Salzsäure gefällt werden. Protargol wird aus seinen Lösungen ebenfalls nicht gefällt, enthält aber nur etwas über 8 pCt. Silber. Entsprechend seinem Silbergehalt ist die baktericide Kraft des Novargans eine hohe und dank seiner grossen Löslichkeit durchdringt es mit Leichtigkeit die Gewebe.

Das Novargan zeichnet sich demnach vor seinen Konkurrenten durch seinen hohen Silbergehalt, seine grosse Löslichkeit, die festere maskierte Bindung des Silbers, die neutrale Reaktion, die starke Gonokokken tötende Wirkung, erhöhte Tiefenwirkung und das Fehlen nennenswerter Reizwirkungen auf Schleimhäute aus.

NB. Die Novarganlösungen dürfen nicht erwärmt und müssen vor Licht geschützt, in dunkeln, am besten schwarzen Flaschen aufbewahrt werden. Bernhoff.

Vermischtes.

— Der Bonner Anatom, Professor Dr. Adolph Freiherr von la Valette St. George, Direktor des anatomischen Instituts an der Universität Bonn, beging am 1/14. April das goldene Doktorjubiläum. Der angesehene Gelehrte, welcher jetzt im 74. Lebensjahre steht, hat seine ganze akademische Tätigkeit der genannten rheinischen Hochschule gewidmet.

— Der Korpsarzt des IV. Armeekorps, wirkl. Staatsrat Dr. Kirilow, ist krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden. Zu seinem Nachfolger ist der bisherige Divisionsarzt der 28. Infanteriedivision, Staatsrat Galdinski, ernannt worden.

— Der Leiter des Sanitätswesens der Unterrichtsanstalten des Departements der Volksaufklärung, Prof. ord. des weiblichen medizinischen Instituts, Staatsrat Dr. Chlopin (früher Professor der Hygiene in Dorpat), ist zum beratenden Mitgliede des Medizinalrats ernannt worden, mit Belassung in den von ihm bekleideten Stellungen.

— Verliehen: für Auszeichnung zur Kriegszeit:
Der St. Stanislaus-Orden II. Klasse mit Schwertern — dem ehemaligen älteren Arzt des Hauptquartiers des Feldstabes des Statthalters Seiner Majestät im fernen Osten, gegenwärtigen ält. Ordinator des Warschauer Ujasdowhospitals Dr. Ludwig Güntherhof und dem ehemaligen Reservearzt des Kwantunggebietes, gegenwärtigen ält. Ord. des Echoschen kombinierten Hospitals Nr. 3, Dr. Ephraim Kanel;
für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner:
Die Schwerter zum St. Annen-Orden II. Klasse — dem Divisionsarzt der 22. Inf.-Divis., Staatsrat Dr. Nikolai Rjeschetow.

— Zum Oberarzt des Tiflisschen Militärhospitals ist der ältere Arzt des Orenburgschen örtlichen Militärlazaretts, Staatsrat Dr. Posslawski, ernannt worden, an Stelle des wirkl. Staatsrats Dr. Nasarow, der krankheitshalber verabschiedet ist.

— Der ausserordentliche Professor der allgemeinen Pathologie an der Kiewer Universität, Dr. Lindemann, ist als ordentlicher Professor auf diesem Lehrstuhl bestätigt worden.

— Der ältere Arzt des Marinelazaretts bei den Admiralitätsfabriken in Ishora Dr. Fedotow ist krankheitshalber verabschiedet worden, unter Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Zum Eriwanschen Gouvernementsarzt ist, an Stelle des verstorbenen Dr. Urasow, der bisherige Gehülfe desselben Dr. Andriassow ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 31. März zu Berlin der freipraktizierende Arzt in Warschau Dr. Maximilian Springer im 34. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1891—1899 studierte und den Arztgrad erlangte. 2) In St. Petersburg der Oberarzt des Marinekadettenkorps, Staatsrat Dr. Alexis Orlow, im Alter von 54 Jahren, nach mehr als 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) In Tomsk Dr. Florentin Przeszko, Arzt am geistlichen Seminar daselbst, im 72. Lebensjahre. Der Verstorbene hat die ärztliche Praxis seit 1861 ausgeübt.

— Dr. Adolph Krüger, der in Mukden in japanische Gefangenschaft geraten war, kehrt, wie er aus Tientsin telegraphiert hat, über Indien in die Heimat (Tukkum in Kurland) zurück.

— Zum Leiter der chirurgischen Abteilung des neuen städtischen Kinderhospitals in St. Petersburg ist, wie der «Russ. Wr.» erfährt, der Professor der Chirurgie an der Warschauer Universität Dr. W. Maximow gewählt worden.

— Prof. Robert Koch (Berlin), der sich gegenwärtig in Deutsch-Ostafrika aufhält, hat dort im März die Ursache des Rückfallfiebers erforscht. Dieses Fieber wird durch ein stechendes Ungeziefer, eine Art Wanze, übertragen, die

Digitized by Google

sich auf den ständigen Lagerplätzen eingenistet hat und nachts die dort Lagernden heimsucht. Das nächste Ziel des Forschers ist Iringa, wo die Pest ausgebrochen sein soll.

— Dem «R. Ssl.» wird aus Odessa mitgeteilt, dass die Odessaer Aerztekorporation in einer zahlreich besuchten Versammlung die Anschuldigungen des Stadtamtsmitgliedes Doks gegen den Gynäkologen Dr. Himmelfarb, der den Tod der 21 jährigen Frau Doks während der Niederkunft verschuldet haben sollte, prüfte. D. gab an, dass es zuerst seine Absicht gewesen sei, Dr. H. zu krimineller Verantwortung zu ziehen; doch sei ihm hiervon abgeraten worden, worauf er eine Broschüre veröffentlichte, in welcher er obige Anschuldigung des weiteren ausführte. Nach Darlegung des Sachverhaltes durch Dr. H. fand die Versammlung, das Dr. H. richtig gehandelt habe und sprach ihr Bedauern darüber aus, dass D. seine Broschüre herausgegeben hat, ohne die Angelegenheit zuerst dem Aerztekollegium zu unterbreiten.

— Die in verschiedenen grossen Städten Deutschlands projektierten Akademien für praktische Medizin, auf welchen die jungen Aerzte nach der Approbation ihr praktisches Jahr abhalten können, finden bei den praktischen Aerzten wenig Beifall. So hat der Verein der Aerzte Düsseldorfs in Sachen der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf folgende Erklärung angenommen: Der Verein verleiht seinem Bedauern darüber Ausdruck, dass ihm, der berufenen Vertretung fast sämtlicher Düsseldorfer Aerzte, vor der Beschlussfassung über Errichtung einer Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf durch Geheimhaltung des Planes die Gelegenheit abgeschnitten wurde, seine Meinung über die schwebenden Fragen zu äussern. Der Verein setzt einen Ausschuss von sieben Mitgliedern ein, der die Befürchtungen, die sich an die Errichtung der Akademie knüpfen, prüfen und Vorschläge ausarbeiten soll, wie die der Akademie gestellten Ziele möglichst ohne Nachteile erreicht werden können. Schliesslich betont der Verein nachdrücklichst seinen Standpunkt, dass er jede Einrichtung von Polikliniken, ausser für Ortsarme, als eine die Interessen der Aerzteschaft aufs schwerste bedrohende Massnahme ansehe.

— Der Röntgen-Kongress, der vom 30. Aprill bis zum 3 Mai n. St. in Berlin tagen wird, dürfte sich, nach den bisherigen Veranstaltungen zu schliessen, zu einer glänzenden Huldigung für den berühmten Entdecker der vielgenannten Strahlen gestalten. Professor Röntgen wird an dem Kongresse als Ehrengast teilnehmen. Die Verhandlungen sollen, nachdem zehn Jahre seit Entdeckung der X-Strahlen verflossen, einen kritischen Rückblick auf die bisherigen Errungenschaften ermöglichen sowie eine Aussprache über den derzeitigen Stand dieses Gebietes und seine weitere nutzbringende Ausgestaltung herbeiführen. Es sind eine physikalisch-technische und eine medizinische Hauptsitzung sowie verschiedene Abteilungssitzungen und ein Projektionsabend vorgesehen. Mit dem Kongresse wird eine umfangreiche Ausstellung verbunden, welche alle Zweige der Heilkunde umfassen und neben einer möglichst erschöpfenden Literatur alle jene Apparate zur Anschauung bringen soll, die sich auf die technische Seite der Röntgographie beziehen. Besonderes Interesse dürften die Schutzvorrichtungen für Aerzte, Patienten, Techniker, Fabrikanten gegen die Schädigung durch Röntgenstrahlen beanspruchen. Der Organisationsausschus besteht aus den Herren Prof. Eberlein, Dr. Immelmann, Dr. Cowl, Dr. Albers-Schönberg und Prof. Rieder; den Ehrenvorsitz führt Prof. v. Bergmann. Dem Ehrenausschuss gehören Minister Studt., Ministerialdirektor Althoff, Generalstabsarzt der Armee Prof. v. Leuthold, der Rektor der Technischen Hochschule Prof. Miete, die Professoren v. Leyden, Waldeyer, Lassar, Eulenburg, Slaby, Warburg u. a. an.

— Zur Schlussprüfung (Arztexamen) in der medizinischen Fakultät der Charkower Universität, meldeten sich, der «Russ» zufolge, nur ein Student und ein freier Zuhörer.

— Nach dem Jahresbericht der Moskauer Gesellschaft zur Errichtung eines Asyls für Personen weiblichen Geschlechts des ärztlichen Berufs pro 1904 beliefen sich die Einnahmen der Gesellschaft auf 4180 Rbl., die Ausgaben auf 3224 Rbl. und das angesammelte Kapital beträgt jetzt gegen 6800 Rbl. Die Gesellschaft zählt 2 Ehren- und 1271 wirkliche Mitglieder, darunter 485 Frauen ärztlichen Standes. In dem Asyl, welches von der Gesellschaft im Mai v. J. 10 Werst von Moskau entfernt an der Jaroslawer Bahn eröffnet wurde, fanden 5 alte oder erwerbsunfähig gewordene Frauen Verpflegung. Der Unterhalt des Asyls kostete 950 Rbl.

— Vor ca. 2 Jahren hatten zehn Moskauer medizinische Gesellschaften sich an das Ministerium der Volksaufklärung mit dem Gesuch gewandt, einen Verband bei der Moskauer Universität gründen zu dürfen. Wie die Zeitung «Ssyn Otetschestwa» erfährt, ist jetzt eine Antwort seitens des Ministeriums eingelaufen, in welcher die Notwendigkeit und Zweckmässigkeit der Gründung eines solchen Verbandes bezweifelt wird. Das Ministerium ist jedoch bereit den geplanten Verband unter der Bedingung zu gestatten, dass zu demselben nur diejenigen mediz. Gesellschaften, welche bei der Universität bestehen, zugelassen werden.

— Die Kursaison in den kaukasischen Mineralbädern beginnt: In Pjatigorsk am 1. Mai, in Essentuki am 15. Mai, in Shelesnowodsk am 20. Mai und in Kisslowodsk am 1. Juni.

— Epidemiologisches: In Anlass der in letzter Zeit verbreiteten Gerüchte über das Auftreten der Cholera an verschiedenen Orten des Reichs (im Kirchdorf Bataisk im Dongebiet, in Tiflis und anderen Orten) hält sich die Verwaltung des Obermedizinalinspektors für verpflichtet mitzuteilen, dass seit dem 11. Februar d. J. bis gegenwärtig innerhalb der Reichsgrenzen durchaus keine Choleraerkrankungen beobachtet worden und die obenerwähnten Gerüchte durch choleraverdächtige Fälle veranlasst sind, die sich nachträglich als akute Magenkatarrhe erwiesen. So wurde z. B. der im Dorfe Bataisk am 12. März beobachtete Erkrankungsfall von dem örtlichen Feldscher als choleraverdächtig erklärt, was sich bei der Sektion der Leiche und der bakteriologischen Untersuchung des Darminhalts jedoch nicht bestätigte.

— Die in manchen Städten (z. B. in Nishni-Nowgorod und Kostroma) die Aerzte, gemäss dem auf dem Anticholerakongress gefassten Beschluss, sich weigern, an den auf büreaukratischer Grundlage nach dem Reglement vom Jahre 1903 organisierten Sanitätskommissionen teilzunehmen, so hat die Obermedizinalverwaltung angeordnet, nach allen Orten, wo die Aerzte an den Sanitätskommissionen teilzunehmen sich weigern, im Dienst des Ministeriums stehende Aerzte abzukommandieren, doch ist zu bezweifeln, dass bei der verhältnismässig geringen Zahl der letztgenannten Aerzte die drohenden Schwierigkeiten durch diese Massregel beseitigt werden können.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. März d. J. 10646 (30 wen. als in d. Vorw.), darunter 1284 Typhus — (12 wen.). 951 Syphilis — (17 wen.), 252 Scharlach — (12 wen.), 104 Diphtherie — (17 wen.), 109 Masern — (21 mehr) und 29 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. bis zum 26. März 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
560	446	1006	232	125	172	26	18	36	85	71	69	68	53	35	15	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 52, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 32, Scharlach 15, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 7, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 139, Ruhr 3, Epidemische. Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 134, Tuberkulose anderer Organe 30, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 74, Marasmus senilis 34, Krankheiten des Verdauungskanals 136, Totgeborene 46.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 26. April 1905.

Tagesordnung: Wladimiroff: Neuestes über Choleraforschung.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 11. April 1905.

Digitized by Google

Rationelle Heilung durch Phosphor

RHOMNOL

(jede Pille enthält 0,05 Gr.).

dessen Hauptbestandtheil reine Nucleinsäure ist, von Dr. Leprince hergestellt.

$C^{40}, H^{54}, Az^{14}, O^{27}, P^{4}.$

Erprobt: bei Phosphaturie, Neurasthenie, Rachitis, Blutarmut und Alterschwäche.

Gebrauchsanweisung: 4—10 Pillen während der Mahlzeit.

Dr. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.

Erhältlich in allen besseren Apotheken. (33) 12—4.

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Sulfosot-syrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Sirolin „Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolderivat der modernen Therapie, dessen antituberkulöse Wirkung experimentell und klinisch festgestellt ist.

Vorteile: Gegenüber allen Kreosot-, bezw. Guajacolpräparaten besitzt Thiocol die Vorteile völliger Löslichkeit in Wasser, absoluter Geruchlosigkeit, gänzlicher Reizlosigkeit für Schleimhäute, und grosser Resorbierbarkeit.

Indikationen: Lungen- und Kehlkopftuberkulose, namentlich im Initialstadium, chronische Bronchitiden, chirurg. Tuberkulose (der Knochen, Drüsen etc.), chronische Diarrhöen.

Verordnung: In Dosen von 2—3 gr. pro die in Pulver à 0,5, oder in wässeriger Lösung mit einem Syrup als Geschmackscorrigens. Besonders geeignete Anwendungsweise sind Thiocoltabletten à 0,5. Bei Diarrhöen 3 Mal täglich 0,5, am besten in Tabletten.

(15) 10—6.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Co., Fabrik chem.-pharm. Producte

Basel (Schweiz). *Grenzach* (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Airol „Roche“

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche“

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche“

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche“.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate. Eisen- u. Bromprotylin „Roche“.

Arsylin „Roche“

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Kgl. BAD KISSINGEN. (48) 10—2.

Bäder vom 15. April bis 1. November.

Weltberühmte eisenhaltige Kochsalzquellen (Rakoczy, Pandur, Maxbrunnen, Bockleter, Stahlwasser (phosphorarsenhaltig), Soole mit reichstem Kohlensäuregehalt für Trink- und Badekuren. Reichhaltige Kurmittel. Besondere Heilanzeigen: Magen-Darmerkrankungen, chron. Katarrhe des Rachens und der Luftwege, Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten. Bleichsucht, Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit, Frauenkrankheiten.

Versand sämtlicher Mineralwässer durch die Verwaltung der Königl. Mineralbäder Kissingen und Bocklet.

Aufschlüsse über alle Anfragen unentgeltlich vom **Kurverein Bad Kissingen.**

Digitized by Google

WILDBAD

Schwarzwald. Endstation der Linie Pforzheim-Wildbad. Württemberg.

Hauptsaison: **Mai bis Oktober.**

Warme, seit Jahrhunderten bewährte Heilquellen gegen **chronischen** und **akuten Rheumatismus** und **Gicht, Nerven-** und **Rückenmarksleiden, Neurasthenie, Ischias, Lähmungen aller Art, Folgen von Verletzungen, chronische Leiden der Gelenke** und **Knochen.** Weitere Kurmittel: **Dampf-** und **Heissluftbäder, schwedische Heilgymnastik** (System Dr. Zander), **Elektrotherapie, Massage, Luftkuren** (430 m. ü. d. M.) Berühmte Enzpromenade, herrliche Tannenwälder, Kurorchester, Theater, Fischerei. **Prospekte** etc. durch die **Kgl. Badverwaltung** oder das **Stadtschultheissenamt.**

Wildbad

- **Königl. Badhôtel** mit Villa Wetzel. Ersten Ranges.
- **Hôtel Bellevue.** Ersten Ranges.
- **Hôtel Concordia.** Lift, Pension, gegenüber den Kuranlagen.
- **Hôtel Klumpp.** Ersten Ranges.
- **Hôtel Post.** Lift, Pension von 7—10 M. Prospekt.
- **Hôtel de Russie.** Garten. Pension von 6.50—9.50 M. Prospekt.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. j. Fl. Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien. Prachtvolle, sonnige Lage. Ausführliche illustrierte Prospekte. **Friedrichroda** i. Thür.

Klimatischer Wald-Kurort, Kumys- und Wasserheilanstalt

„POGULJANKA",

Besitztum des Grafen J. Plater-Syberg, 7 Werst von Dwinsk, (Dünaburg), auf dem hohen Ufer der Düna, in trockener, gesunder Gegend, inmitten eines alten, ausgedehnten Fichtenbestandes gelegen. Mit der Stadt Dwinsk Dampferverbindung. (Fahrzeit 20 Minuten).

Saison vom 1. Mai bis zum 1. September.

Echter Kumys aus Stutenmilch. — Neuangebaute Wasserheilanstalt mit allen erforderlichen Vorrichtungen der modernen Hydropathie (Wannenbäder aller Art, Hochdruck-Douchen verschiedener Systeme, Mineral- und Moor-Bäder, elektrische Wannen und Massage, Trockenluft- und Sonnenbäder). — 2 grosse Pensionate mit möblirten Zimmern. (Pensionspreis 1 Rbl. 50 Kop. bis 3 Rbl. für Kost und Logie pro Person und Tag. Ein 2-stöckiges Pension-Hôtel (Wintergebäude) aus 38 Zimmern am Ufer der Düna für gesunde Anreisende. Apotheke, Kurhaus mit Restaurant, Musik und Theater. 90 im Walde isolirt gelegene Datschen, vollständig möblirte und mit Geschirr, eignen sich vorzugsweise für Familien. (Preis von 200—500 Rbl. pro Saison, je nach der Anzahl von Zimmern). Konsultation mit Spezialärzten, Professoren aus St. Petersburg. **Dr. Noischewsky's** grosse Augenklinik. Auskunft erteilen: **KURORTS-VERWALTUNG** (Adresse: Post- und Telegr. Station Lixna, Gouv. Witebsk); bis zum 1. Mai **Dr. med. E. Zebrowski** (Kiew, Universitätsklinik von Prof. K. Wagner) oder **Dr. Wosnessensky** in St. Petersburg (Выборгская стор., Нюстадтская ул., д. № 11, кв. 7. (57) 2—1.

Verlag von **FERDINAND ENKE** *in Stuttgart.*

Soeben erschien:

Biedert, Prof. Dr. **Ph., Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter u. Kind.** Wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt. **Fünfte,** ganz neu bearbeitete **Auflage.** Mit 17 Abbildungen im Text und 1 farbigen Tafeln. gr. 8°. 1905. geh. M. 6.40; in Leinw. geb. M. 7.60.

Laache, Prof. Dr. S., **Die Wechselbeziehungen in der menschlichen Pathologie und Therapie.** Eine allgemein-medizinische Studie. gr. 8°. 1905. geh. M. 3.—

Seydel, General-arzt. **Prof. Dr. K., Lehrbuch der Kriegschirurgie.** Zweite Auflage. Mit 271 Abbildungen. gr. 8. 1905. geh. M. 10.—; in Leinw. gebunden M. 11.20.

Anthrasol (Knoll)
Entfärbter Teer.
Besonders juckstillend und keratoplastisch. Anwendung wie gewöhnlicher Teer.

Styptol (Knoll)
Uterines Haemostaticum.
Vereinigt die blutstillende Wirkung des Cotarnins und der Phtalsäure.

Literatur und Proben kostenlos!
KNOLL & Co. • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:

Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber.

Von Geh.-Rat Prof. Dr. **W. Körte.** 1905. gr. 8. Mit 11 Tafeln und 16 Textfiguren 18 M.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.
Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist **Dienstags und Freitags** von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Digitized by Google

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle). Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankeiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.

Aerzte: Dr. C. Dapper (Besitzer). — Dr. F. Dengler. (60) 14–1.

Duotal **„Heyden"**, ein vollständig geruch- und geschmackloses Guajakol-Präparat, enthält über 90 % gebundenes, im Körper sich abspaltendes, also wirksames Guajakol. Ohne jegliche Gift- und Aetzwirkung; wird selbst von den empfindlichsten Patienten gern genommen und gut vertragen. Vorzügliches Mittel gegen **Lungen-Tuberkulose** und **chronische Katarrhe der Atmungsorgane. Darmantiseptikum** bei **Typhus** und **Enteritis.**

Duotal-Tabletten „Heyden" zu 0,3 und 0,5 g.

Salocreol Verbindung der wirksamen Bestandteile des Kreosots mit Salicylsäure. Zur äusserlichen Behandlung von **Muskel- und Gelenk-Rheumatismus, Arthritis deformans, Erysipelas, Lymphadenitiden** und **skrofulösen Drüsenanschwellungen.** Lokale Einreibungen oder Einpinselungen von 3 bis 15 g ein- oder mehrmals täglich, bis zu 30 g pro die.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (22) 10–4.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Hôtel und Pension Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(61) 17–1.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

INSTITUT

für

POCKEN-IMPFUNGEN

von Dr. Ochs.

(Existiert seit 1890.)

St. Petersburg.

Fläschchen Kalbs-Pocken zu 25 u. 50 Kop. Bei Bestellungen unter einem Rbl. 15 Kop. für Versendung.

EISENACH

KURANSTALT HAINSTEIN

NAHE DER WARTBURG

DAS GANZE JAHR GEÖFFNET

LEITENDER ARZT DR. HESS.

ARENSBURG, Insel Oesel (Gouv. Livl.).

SCHLAMM- & SEEBAEDER.

Nach den Untersuchungen von Prof. Borgmann im Jahre 1904 besitzt der Schlamm hervorragende **RADIOACTIVE** Eigenschaften.

„Neue Heil- und Schlamm-Badeanstalt".

Saison vom 20. Mai bis 20. August.

Nähere Auskunft erteilen bereitwilligst die Aerzte der Anstalt: Dr. Med. G. I. Arronet, St. Petersburg, Kirotschnaja 8, W. 3, tägl. ausser Sonn.- u. Feiert. v. 6–7 Uhr Abends; v. 20. Mai ab in Arensburg. Dr. G. E. Carstens u. Dr. A. Baron Sass in Arensburg. Neue illustrierte Broschüre: «Arensburg und seine Kurmittel» N. Kymmels Verlag, Riga 1902, verkäuflich in allen Buchhandlungen. (56) 3–1.

Dr. Schuster,

praktischer Arzt und Inhaber eines **Kurhauses**

(Indiv. Kurgem. Diät.)

BAD NAUHEIM.

Wasserheilanstalt

Traunstein-Oberbayern

Sanatorium für Nervenkranke

Das ganze Jahr geöffnet. Leiter und Besitzer Dr. med. G. Wolf.

Pankreon

D. R. P. 128419.

Gegen die Magenverdauung widerstandsfähiges Pankreatin.

Natürliches Digestivum und Stomachicum, ohne schädliche Nebenwirkung auch bei dauerndem Gebrauch.

Rp. Pankreon in tabul. 0.25 (Originalpackung Rhenania) dent. tal. dos. 25. 50. 100. 200.

S. Täglich 4–12 Tabletten während des Essens zu nehmen. Für Kinder die Hälfte.

Indikation: Alle dyspept. Erkrankungen, Spezificum bei Steatorrhoe, chron. und nervöser Diarrhoe, Hyperemesis, Appetitlosigkeit, Druckbeschwerden. **Für Säuglinge:** Rp. Pankreon. saccharat. in tabul. 0.25 (Pankreonzucker Rhenania) dent. tal dos. 100. — S. 2–8 Tabletten zu jeder Trinkportion. Indikation: Ernährungsstörungen jeglicher Art, speziell Durchfall, sowie zur Kräftigung und Hebung des Körpergewichts.

(34) 7—1. **Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.**

Durch die Apotheken zu beziehen. Ausführliche Literatur auf Wunsch zur Verfügung.

Bei

GALLENSTEIN-LEIDEN

bitten wir die Herren Aerzte höflichst,

**** PROBILIN - PILLEN ****

(nach Dr. W Bauermeister)

zu verordnen, die sich schon vielfach gut bewährt haben.

GOEDECKE & Co., Fabrik mediz. u. pharmaz. Praep., LEIPZIG.

Wir bitten, die Beilage in dieser Nummer zu beachten.

See-Kurort

Hungerburg

bei Narva, Baltische Eisenbahn. 4½ Stunden Fahrt von St. Petersburg. Herrlicher, breiter Strand 5 Werst lang, 5☐-Werst Fichtenwald, absolut trockener Sandboden. Kurhaus, Pensionate, Musik. Lawn-Tennisplätze, Parkanlagen gute Apotheke mit Lager sämmtlicher Mineralwässer. Apotheker-Magazin. Orthodoxe, und lutherische Kirche. Vorzüglich eingerichtete

Wasserheilanstalt.

Wannen, See- und Süsswasserbäder — Mineralbäder, Kohlensäurebäder, Schlammbäder, Dampfkastenbäder, Heissluftbäder, Charcot'sche Douchen unter Hochdruck bis 2 Atmosphären, Wechseldouchen Priessnitz'sche Einpackungen. Elektrische Behandlung mit galvanischer, faradischer Elektricität, bipolare elektrische Bäder. Suspensionsbehandlung. Massage und Gymnastik für Kinder und Erwachsene. Consultant für Augenkrankheiten Dr. **Kalaschnikow.**

Nähere Auskünfte erteilen: Herr Apotheker **Abramson,** Hungerburger Apotheke und der Besitzer und leitende Arzt der Wasserheilanstalt **Emil Kroug,** Wosskressensky Prosp. № 17, Q. 23, St. Petersburg, Mittwoch und Freitag von 7–9 Uhr Abends, vom 5. Mai in Hungerburg, eigenes Haus. (54) 3—1.

ARENSBURG.

Insel Oesel, Gouvernement Livland.

Schlammbadeanstalt Weise, gegr. 1840.

Saison v. 20. Mai bis 20. August.

Auskünfte erteilen die Aerzte der Anstalt: Herr Dr. R. Bursian, St. Petersburg, **Troitzkaja № 29, Herr Dr. Maywald, Arensburg, und Dr. G. Leper, Arensburg. Alle nähere Auskünfte** erteilt **die Anstalt bereitwilligst** und sendet **auf Wunsch Prospekte gratis.** (41) 2—1.

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Kalte Seebäder. Temperatur des Wassers 15—16° R. Comfortabel eingerichtete Kurbadeanstalt und Kurhaus im Parke am Meere.: Beginn der Saison 20. Mai, Schluss derselben 20. August. Verabfolgt werden. Schlamm-, Moor-, Salz-, electrische, Sand-, Kohlensaure- und andere Heilbäder, hydrotherapeutische und orthopädische Behandlung, Luft- und Lichtbäder. Dieselben sind wirksam gegen Herz- und Nervenerkrankungen, Rheumatismus, zahlreiche chronische Krankheiten, Lähmungen, Bleichsucht, Skrofulose, Rhachitis. Frauenleiden und andere Krankheiten mehr. Massage. Desinfizierte Wäsche. Täglich Musik. Keine Kurtaxe. Weiterausgedehnte Anlagen, viele Promenaden am Meere. Billiges Leben. Dampfer- und Eisenbahnverbindung. Nähere Auskünfte, Prospekte und Quartiervermittelung gratis durch

die Badecommission.

(40) 6—4.

Dieser № liegt ein Prospekt über «**Pilulae probilinae. Firma Goedecke & Co., Leipzig.**» bei.

Довв. ценз. Спб., 9 Апрѣля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY
UNIV. OF MICH.
MAY 25 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14. zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 15 St. Petersburg, den 16. (29.) April. **1905.**

Inhalt: Dr. L. Nenadovics: Ueber die Verwertung der Schlamm- und Moorbäder in der Gegenwart und in der Vergangenheit. — **Referate:** Bd. XI. der John Hopkins hospital reports. — L. Gratschoff: Wanderniere als Entbindungshindernis. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** Otto Soltmann: Masern, Keuchhusten, Scharlach, Diphtherie. Bild und Behandlung. — Dornblüth: Diätetisches Kochbuch. — W. v. Leube: Spezielle Diagnose der inneren Krankheiten. — Determann: Die Diagnose und die Allgemeinbehandlung der Frühzustände der Tabes dorsalis. — Dr. J. Brennsohn: Die Aerzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Prof. Dr. med. Theodor Bornhaupt †. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber die Verwertung der Schlamm- und Moorbäder in der Gegenwart und in der Vergangenheit.

(Vortrag, gehalten im St. Petersburger deutschen ärztlichen Verein am 17. Januar 1905.)

Von

Dr. L. Nenadovics (Franzensbad).

M. H. Wenn ich mir die Freiheit nehme ein Thema zu besprechen, welches Ihnen aus den zahlreichen Publikationen geläufig ist, und es wage, einige bekannte Tatsachen zu wiederholen, so tue ich es mit dem Bewusstsein, dass ich diesen Gegenstand in einer neueren Belichtung, welche durch meine Untersuchungen und Nachforschungen begründet erscheint, darzustellen imstande bin.

Man unterscheidet in der Balneologie zwischen dem Schlamm und dem Moor. Der Unterschied zwischen ihnen besteht in erster Linie in der Entstehungsweise derselben. Der Schlamm ist ein Sediment, und zwar aus Kochsalz und Schwefelquellen (Staraja Russa, Pistyán, Abano), oder am See- (Odessa) und Meeresgrunde (Hapsal). Es ist bemerkenswert, das der Schlamm am See- und Meeresgrunde durch eine rege Beteiligung der Bakterien und Vegetabilien gebildet wird. — Die Entstehungsweise eines Mineralmoores können wir am Franzensbader Moor darstellen, nachdem dasselbe allgemein, so auch von Prof. Ludwig, als ein Vorbild der Mineralmoore bezeichnet wird. In dem Lehrbuche L. Bertensons ist die Art der Entstehung des Franzensbader Mineralmoors in folgendem Satze zusammengefasst: «Das ist eine Torfmasse, bestehend aus Pflanzenresten und Mineralteilchen, welche letztere aus dem Mineralwasser, welches einst den Torf durchtränkt hatte, ausgeschieden sind». In dieser Darstellung ist folgendes richtigzustellen: erstens, das Franzensbader Moor ist keine Torfmasse; zur Bildung eines Torfes ist es ja nicht gekommen, weil die Masse durch Mineralien imprägniert ist, welche die Verkohlung verhindern; zweitens, diese Masse ist nicht nur einst von Mineralwasser getränkt worden, sondern dies geschieht auch in der Gegenwart, und so wird es noch für absehbare Zeiten bleiben, weil die 12 bekannten und sicherlich auch viele noch unbekannte Mineralquellen Franzensbads alle durch den Moorgrund emporschiessen. — Das Franzensbader Mineralmoor besteht aus einem gut konservierten Pflanzenfilzwerke, dessen Schlingen eine Erde ausfüllt. Prof. Ludwig teilt die Moore in Mineralmoore (Franzensbad) und Pflanzenmoore (Dorna-Watra). — Die Pflanzenmoore scheinen einfacher Torf zu sein.

Der Schlamm und das Mineralmoor unterscheiden sich weiters in ihren physikalischen Eigenschaften. Der Schlamm stellt eine homogene, plastische schmierige Masse von hohem spezifischen Gewicht dar, seine Wärmekapazität und sein Wärmeleitungsvermögen sind geringer als die des Wassers. Das Mineralmoor ist keine homogene, keine plastische und keine schmierige Substanz; ein echtes Mineralmoor soll die oben bezeichneten Eigenschaften des Franzensbader Mineralmoors aufweisen. Das spezifische Gewicht des Mineralmoors ist etwas grösser als das des Wassers, aber kleiner als das des Schlammes. Wärmekapazität und Wärmeleitungsvermögen des Mineralmoors sind ebenfalls kleiner als die des Wassers. Es fehlen Angaben, wie sich der Schlamm und das Moor in Bezug auf die Wärmekapazität und das Wärmeleitungsvermögen zu einander verhalten. Ebenso lässt sich wenig über ihre elektrischen Eigenschaften sagen. — Der Schlamm und das Moor unterscheiden sich schliesslich in ihrer chemischen Zusammensetzung; ja vielmehr, es giebt weder zwei Schlammarten, noch zwei Moorarten, welche die gleiche chemische Zusammensetzung aufweisen. Die Balneologen des XVIII. und der ersten Hälfte des XIX. Jahrhunderts waren bemüht, die physiologische und therapeutische Wirkung eines jeden Bestandteiles der verschiedenen Schlamm- und Moorarten zu kennzeichnen, und erklärten sich die Wirkung auch eines Mineralwassers aus der Summe der Wirkungen seines chemischen Bestandteiles. Wenn wir diese Methode befolgen wollten, würden wir genötigt sein, die chemische Analyse aller

Digitized by Google

bekannten Schlamm- und Moorarten, deren ja im Lehrbuche Bertensons 124 aufgezählt sind, anzuführen. Dies erlaubt auch der beschränkte Rahmen meines Vortrages nicht, aber dies würde auch eine zwecklose Mühe sein, weil, erstens, genaue Analysen nur über einige Schlamm- und Moorarten vorliegen, weil wir zweitens der Beurteilung der Wirkung der Bäder den Analysen nicht mehr jene skrupulöse Bedeutung beimessen, wie die Alten. — Um die Unterschiede zwischen Schlamm und Moor zu kennzeichnen, wird es genügen, wenn ich mich auf einige Beispiele beschränke. Die unter dem Namen «Fango» bekannten Schlammarten von Acqui enthalten viel unlösliche Substanzen: Gyps, Kreide, Kieselerde und Schwefel, und von löslichen Bestandteilen hauptsächlich Schwefelsalze. — Schwefel giebt das Gepräge auch dem Schlamm der Schwefelquellen von Pistyán. Charakteristische Bestandteile des Odessaer Limanschlammes sind: Kochsalz, Jod, Brom und Amine. Der Meeresschlamm von Hapsal wird durch Kochsalz und Brom charakterisiert. Nach Prof. Ludwig sind die charakteristischen Bestandteile aller Mineralmoore das Eisensulfat und die freie Schwefelsäure. Die Pflanzenmoore sollen nach Prof. Ludwig durch gewisse harzige Substanzen charakterisiert werden. M. H.! Es gibt keinen chemischen Bestandteil, welcher nur einer Schlamm- oder Moorart eigen wäre. Wir sehen vielmehr, dass man Schwefel, Eisen und Kochsalz in allen Schlamm- und Moorarten findet; Amine und nach einer älteren Analyse (Köstler, Stadig) sogar Jod findet man nicht nur im Odessaer Schlamm, sondern auch im Franzensbader Moor, und harzige Substanz ist ein Bestandteil nicht nur der Pflanzenmoore, sondern auch des Odessaer Schlammes, (Helmann) und auch des Franzensbader Moors (Prof. Ludwig). Keine Moor- und Schlammart schliesst ein chemisches Spezifikum in sich ein. Ich will als solches nicht einmal das im Franzensbader Moor nachgewiesene Radium betrachten. Aber wenn wir die Entstehungsweise, die physikalischen Eigenschaften und die chemischen Bestandteile einer jeden Schlamm- und Moorart in Betracht ziehen, müssen wir zu dem Schlusse kommen, dass jede derselben als Ganzes ein von der Natur geschaffenes Spezifikum darstellt, zu welchem ein kongruentes Ebenbild weder die Natur geschaffen hat, noch die Kunst schaffen kann.

Zu Heilzwecken wird der Schlamm und das Moor in sehr verschiedenen Formen angewendet. So badet man in Tinaki im See selbst, in Pistyán (Ungarn), in Dax und St. Amand (Frankreich) wird der Schlamm in grossen Piscinen gebraucht, in Sakki macht man die Schlammmedaillone, in Odessa gibt man Schlammwannenbäder, allgemeine oder Sitzbäder, in Shelesnowodsk verabreicht man Schlammsitzbäder in einem Mineralwannenbade. In Staraja Russa gibt man «geschichtete Bäder», wo die untere Schicht aus Schlamm besteht; in Italien (Acqui) wird der Fango nur zu Einpackungen gebraucht und in Schweden und Norwegen wird der Schlamm in die Haut eingerieben. Das Mineralmoor wird in Kemmern in Form trockener heisser Bäder, also etwa in der Weise der Sandbäder, gebraucht, im allgemeinen aber werden aus Mineralmoor mit Wasser zubereitete Wannenbäder von verschiedener Konsistenz zubereitet; es werden weiters aus Mineralmoor Sitzbäder, Fuss- und Handbäder, Mooreinpackungen, Moorumschläge und Moorgürtel gemacht. Bei der Zubereitung der Mineralmoorbäder ist es nicht gleichgiltig, ob man dazu gewöhnliches oder ein Mineralwasser gebraucht. In Franzensbad gebraucht man stets Mineralwasser. Durch die Wechselwirkung des alkalischen kohlensäurereichen Mineralwassers und der saueren Moormasse wird dem Moorbade eine bedeutende Menge freier Kohlensäure — das «elastisch aetherische Wesen» der Alten — zugeführt, die freie Schwefelsäure wird teilweise gebunden und nach P. Cartellieri findet dabei das doppeltkohlensaure Natron Gelegenheit, wenigstens zum Teile mit den in Wasser unlöslichen Humusstoffen zu löslichen Verbindungen zusammenzutreten und dieselben zu erhöhter Wirksamkeit zu erschliessen». Dieser komplizierte Chemismus trägt dazu bei, dass die pflanzlichen Teile anquellen, und dass aus denselben im Bade keine Klumpen entstehen, und schliesslich dass der Moorbrei jenen Grad der Plastizität erlangt, welchen das Publikum mit den Worten «man fühlt sich in einem Moorbade wie in einem Flaumenbett» zu bezeichnen pflegt. Ein Moorumschlag besteht aus heissem trockenem Moor, welches in Säckchen angefüllt, den Patienten auf die Wohnung zugestellt wird. Ein Moorgürtel, welchen Prof. Kisch in Vorschlag gebracht hat, besteht aus einem mit trockenem Moor gefüllten Gürtel, welcher vor dem Gebrauche durch heisses Wasser angefeuchtet wird. Die Mooreinpackung ist eine Nachahmung der Fangobehandlung. Von der üblichen Fangoeinpackung wurde in Franzensbad insofern eine wesentliche Abweichung gemacht, als man in die Einpackung zwischen zwei Kotzen ein Gummirohrnetz einschliesst, welches während der ganzen Sitzung von heissem Wasser durchströmt wird.

Es wird darauf geachtet, die Herzgegend frei zu lassen, und es werden nach Bedarf sowohl auf das Herz als auch auf den Kopf kühlende Umschläge oder Kühlapparate angewendet, um diese feineren Organe vor der grossen Hitze zu beschützen.

Es ist bemerkenswert, dass man bei allen Schlamm- und Moorarten, welche Eisen enthalten, eine Temperatur gebraucht, welche die Körpertemperatur nicht übersteigt, ja sogar kühle Bäder (St. Amand) und Einreibungen (Loka) gibt, dagegen bei den Kochsalz- und Schwefelschlammbädern eine Temperatur über die Temperatur des Körpers verordnet. Meiner Ansicht nach ist dies nicht ein Zufall, sondern eine an der Anschauung der älteren Balneologen über die Wirkung des Eisens und die des Schwefels und des Kochsalzes einerseits, und der Kälte und der Wärme andererseits begründete Gepflogenheit. Um das Gesagte zu illustrieren, werde ich aus dem Buche J. Fr. Zuckerts (1776) folgende Stellen anführen: «Die Eisenmittel sind nebst der China unter allen bekannten stärkenden und zusammenziehenden Arzneien die höchsten und grössten. Da nun das Eisen und der Vitriol den Hauptbestandteil der Stahlwasser ausmachen, so ist es natürlich, dass die Hauptwirkung dieser Wasser darin besteht, dass sie den Zusammenhang der festen Teile dichter machen, die Faser austrocknen und die Festigkeit und Schnellkraft der Faser vermehren». — «Der Schwefel ist ein brennbares Wesen, welches als eine subtile Fettigkeit das Blut und die Säfte reiniget und verflüsset, die im Körper sind, einwickelt, stumpf macht und nachdem er die Poros der Haut geöffnet hat, selbige durch den Schweiss fortführet, in die feste Teile hat er eine erweichende und geschmeidig machende Kraft. Also ist er ein unvergleichlich linderndes und schmerzstillendes Mittel, und dazu hilft auch die Wärme des Wassers nicht wenig. Jetzt erzählte Wirkungen leisten die Schwefelwasser sowohl bei ihrem innerlichen und äusserlichen Gebrauch und sie sind allerdings im Bade am kräftigsten». «Kein Wasser erweicht besser (als Schwefelwasser!) die steifen und trockenen Fasern, die krampfhaft zusammengezogenen Teile, die kontrakten Glieder». Ueber das Alkali und Mittelsalze der Mineralwässer, die ja die charakteristischen Bestandteile der Kochsalzschlamme bilden, äussert sich Zuckert folgendermassen: das Alkali verdünnt das Blut, die Mittelsalze zerteilen den zähen Schleim und das dicke Blut, sie dringen in die kleinen Gefässe, sie öffnen und führen das böse durch den

Digitized by Google

Schweiss und Urin, vornehmlich aber durch den Stuhlgang». Es ist zu bemerken, dass man zu jener Zeit und auch lange noch nachher annahm, dass «alle mineralischen Bestandteile des Bades unstreitig von aussen durch die geöffneten Schweiss löcher in das Blut dringen». Andererseits war es bereits Zuckert bekannt, dass das kalte Wasser «stärkt und die erschlafften Gefässe etwas anhält», «das warme Wasser aber die trockenen Fasern erweicht, das Blut stärker reinigt, den dicken Schleim zerteilt und die Schweisslöcher öffnet». Es entspricht auch der zeitgemässen Auffassung, dass die Kälte tonisierend, zusammenziehend, die Wärme dagegen erweichend, auflösend wirkt. — Es ist natürlich, dass die Kälte die oben bezeichnete Wirkung des Eisens, und die Wärme die Wirkung des Schwefels und des Kochsalzes und der Mittelsalze unterstützen wird. Aus dieser Auffassung hat sich bis in unsere Tage, ich möchte sagen halb unbewusst, die Gepflogenheit herangepflanzt: die eisenhaltigen Schlamm- und Moorbäder kühler, die schwefel- und salzhaltigen Schlammbäder wärmer zu geben. Für die Eisenmineralmoore sei in dieser Beziehung noch ein Beleg von Dr. L. Köstler, einem Franzensbader Brunnenarzte, aus der Mitte der verg. Jh. wiedergegeben. Er schreibt: Das spezifische Einwirken des Franzensbader Mineralmoors durch die Haut auf den Organismus ist reizend, die Kontraktilität hebend... Irrig ist, wenn man die hiesigen Mineralbäder als Erdbad bloss ins Auge fasst und ihnen emollierende Rückwirkungen zuschreibt, gleich erweichenden Kataplasmen; sie sind die vorzüglichsten und stärksten Tonica und dieses ist die hauptsächliche Eigenschaft derselben». Ueber den «Badeschlamm oder Badeleim», schreibt Zuckert, dass es »ein klebriges Gemische von Fettigkeit, Wasser und Erde ist». «Ueberhaupt hat dieses schlammigte oder fette Wesen die Kraft die steifen Glieder und Nerven geschmeidig zu machen und zu erweichen. Zu diesem Zwecke legt man es als einen warmen Umschlag»... Fassen wir noch einmal ins Auge, dass alle Schwefel- und Kochsalzschlamme schmierig, klebrig und fettig, also plastisch sind, so finden wir in obiger Darlegung Zuckerts noch ein Moment, warum man diese Schlammarten warm resp. heiss zu verordnen angefangen hat, und auch heute noch fortfährt, sie heiss zu verordnen. Nach dieser Auseinandersetzung, welche blos den Zweck hatte, zu zeigen, in welchem Masse die zeitgemässen Balneomedici den alten Lehren und Anschauungen folgen, will ich noch hinzufügen, wie hoch die Badetemperatur in verschiedenen Kurorten bemessen wird: In Loka kalt, in St. Amand 20—25° R., in Franzensbad 25—31° R., in Odessa 31—33° R., in Kemmern 38—40° R., in Sakki 41—42° R., in Budapest 44° R., in Pöstyén ebenso hoch und noch höher.

Bei der Besprechung der physiologischen Wirkung der Schlamm- und Moorbäder müssen wir stets vor Augen halten, dass die Schlammbäder im allgemeinen hoch temperiert, die Moorbäder mässig warm gegeben werden. In der Wirkung dieser verschieden temperierten Bäderarten fällt zu allererst auf, dass der Mensch bei den heissen Schlammbädern schwitzt, bei den kühleren und warmen Moorbädern dagegen nicht schwitzt. Indem man in gewissen Schlamm-Kurorten das Schwitzen, als etwas notwendiges und wünschenswertes, zu einer Methode entwickelt hat, und in den meisten Moorkurorten (eine Ausnahme nur in Kemmern die Moorschwitzbäder) von dem Schwitzen ganz absieht, fasste ich diesen Unterschied als Ausgangspunkt meiner Betrachtungen über die physiologische Wirkung der Schlamm- und Moorbäder und hob hervor, dass es in der Schlamm- und Moorbehandlung zwei Methoden giebt: die mit Schwitzen, und die ohne Schwitzen. Dies tat ich zu einer Zeit, wo ich nur konstatiert hatte, dass im Franzensbader Moorbade bis 40° C. die Rektumtemperatur sinkt, während ich aus den Untersuchungen vieler russischen Aerzte wusste, dass bei den heissen Schlammbehandlungen im Süden Russlands die Körpertemperatur, wie im Fieber, gesteigert wird. Ich habe damals keine Ahnung gehabt, dass meine weiteren Untersuchungen die vorgeschlagene Einteilung bekräftigen und rechtfertigen werden, vielmehr dachte ich nur, dass solch' eine Einteilung wenigstens eine bessere Orientierung in den vielmals sich widersprechenden Angaben der verschiedenen Autoren ermöglicht.

Was die physiologische Wirkung der Moorbäder anbelangt, so berichten wenige Autoren etwas darüber. Die Untersuchungen Kisch's in Marienbad geschahen zu einer Zeit, wo die Methoden der Messung des Blutdruckes und der Bestimmung der Stoffwechselprodukte noch eine mangelhafte waren, so dass man sich auf diese Untersuchungen nicht mehr beziehen darf. Die Untersuchungen Fellners in Franzensbad unterzog ich in einer besonderen Broschüre einer eingehenden Kritik, welche ergab, dass seine Beobachtungen betreffs der Körpertemperatur und des Blutdruckes keine Berechtigung geben, jene Schlussfolgerungen zu ziehen, welche Fellner angibt, und welche kritiklos in vielen Abhandlungen und Lehrbüchern zitiert werden. Meine Untersuchungen mit den Franzensbader Moorbädern ergaben folgendes Resultat: Die innere Körpertemperatur sinkt, der Puls und die Atmungsfrequenz nehmen ab, der Blutdruck wird herabgesetzt, ebenfalls die Oxydationsprozesse im Körper, wobei die Harnmenge abnimmt, trotzdem die Nieren gut arbeiten und trotzdem sich eine Neigung zur Obstipation einstellt. Somit besteht die primäre Wirkung der Franzensbader Moorbäder bis 38° C. in der Herabsetzung der Funktionen des Organismus. Die Blutdruckreduzierende Wirkung der Moorbäder wurde später für andere Moorarten auch durch Löbel (Dorna Watra), Stiefler und Foss nachgewiesen.

Boschan und Reinl berichten, dass die Franzensbader Moorbäder an und für sich die Blutbildung befördern.

Ueber die physiologische Wirkung der Schlammbäder nach der Schwitzmethode liegen viele Untersuchungen russischer Aerzte vor, aus welchen hervorgeht, dass in solch heissen Schlammbädern die Körpertemperatur gesteigert wird, die Athem- und Pulsfrequenz beschleunigt, der Blutdruck erhöht (noch ein strittiger Punkt!), der Stoffwechsel gesteigert, die Schweissabsonderung bedeutend stark provoziert, die Harnmenge vermindert, die Blutbildungsorgane angespornt werden. Im ganzen kann man sagen, dass die primäre Wirkung der Schlammbäder nach der Schwitzmethode in einer Steigerung der Funktionen des Organismus besteht. Wir sehen also, das zwischen den zweien Methoden nicht nur ein quantitativer, sondern auch ein qualitat. Unterschied besteht, was eben die Einteilung notwendig macht. Es ist nicht schwer, alle Erscheinungen bei der Schwitzmethode aus der Wirkung der hohen Temperatur des Bades, respektive aus der Ueberhitzung des Körpers herzuleiten. Nicht so einfach liegen die Verhältnisse bei der Methode ohne Schwitzen. Prof. Ludwig sagt zwar, dass für den therapeutischen Effekt des Mineralmoorbades der Gehalt an schwefelsaurem Eisen und freier Schwefelsäure eine ausreichende Erklärung giebt; — für die Erklärung der physiologischen Wirkung dieser Bäder reichen, meiner Meinung nach, diese chemischen Bestandteile jedoch nicht aus. Ich erkläre mir die beschriebenen Veränderungen folgendermassen: Während sich im Moorbade die Hautgefässe erweitern, verengern sich die Blutgefässe im

Digitized by Google

Innern des Körpers. Dadurch wird das Sinken der inneren Körpertemperatur und des Blutdruckes erklärt. Die Hautgefässe erweitern sich sowohl von unmittelbarer Einwirkung der Temperatur und möglicherweise auch anderer Reize des Bades auf ihre Muskelfasern, als auch infolge einer Reflexwirkung beider. An der Blutdruckreduzierenden Wirkung des Moorbades nimmt auch der Druck der Moormasse auf die Muskelnerven einen Anteil. Prof. Tigerstedt lehrt: «Es giebt aber in der Tat Nerven, welche soweit sich unsere Erfahrung bis zu jetzt erstreckt, bei jeder Stärke der Reizung nur eine Druckabnahme bewirken. Ein solcher Nerv ist der Depressor; die zentripetalen Muskelnerven üben ganz denselben Einfluss auf den Blutdruck aus». Es ist bei dem hohen Gehalte des Franzensbader Moorbades an schwefelsaurem Eisen geradezu verführerisch anzunehmen, dass sich im Bade die Hautgefässe kontrahieren. In der Tat behauptet dies Dr. Fellner, welcher die primäre Kontraktion der Hautgefässe für den Ausgangspunkt der Erklärung der Wirkung dieser Bäder annimmt. Dem gegenüber sei folgendes hervorgehoben: Ich selber habe 72 Moorbäder genommen; ich habe die Wirkung des Moorbades auch an anderen Personen beobachtet, und fühle mich berechtigt, auf das bestimmteste zu behaupten, das man sofort nach dem Moorbade (sogar nach einer kühleren Abgiessung) eine Rötung der Haut (also die Dilatation der Hautgefässe) konstatieren kann. Dasselbe behaupten auch andere Franzensbader Aerzte: Dr. Loimann, Dr. Sommer sen. und Dr. Cartellieri u. a. Die Abnahme der Atmungs- und der Pulsfrequenz erkläre ich folgendermassen: Die Reizung der Empfindungsnerven der Haut ruft eine Verlangsamung der Atmung hervor (Schiff). Mit dieser tritt als physiologische Folge auch eine Abnahme der Pulsfrequenz ein. Eine Reizung des n. splanchnicus bedingt durch den n. vagus eine reflektorische Verlangsammung der Herztätigkeit (Goltz). Das Moorbad reizt den n. splanchnicus durch den Druck seiner Masse auf den Bauch, wovon wir uns durch das Knurren der Gedärme im Moorbade überzeugen. Diese Reizung des n. splanchnicus wurde ausser mir und vor mir noch durch Dr. Przezdziecki, Dr. Klein und Dr. P. Cartellieri wahrgenommen, jedoch von niemandem zur Erklärung der Abnahme der Pulsfrequenz im Moorbade zugezogen. Schliesslich ruft auch der Reiz der Empfindungsnerven der Haut durch den n. vagus eine Abnahme der Pulsfrequenz hervor (Loven). Diesen drei Faktoren wirkt das Sinken des Blutdruckes entgegen. Die Summe der hemmenden Einwirkungen gewinnt die Oberhand und die Pulsfrequenz nimmt ab, trotzdem auch der Blutdruck sinkt. Wir sehen denn, dass man alle Erscheinungen durch die Teilnahme des Nervensystems, speziell durch die Teilnahme der Vasomotoren erklären kann. Bis auf den unmittelbaren Einfluss der Reize auf die Gefässwände in der Haut sind die besprochenen Erscheinungen die Folge einer Reflexwirkung. Als ich über die oxydationsreduzierende Wirkung der Franzensbader Moorbäder zum ersten Male berichtete, äusserte ich mich dabei, dass ich nicht imstande bin, die Herabsetzung des Oxydationsprozesses im Organismus durch die Temperaturwirkung der Bäder zu erklären und gab meiner Vermutung Ausdruck, dass vielleicht der radioaktiven Wirkung des Franzensbader Moores dieselbe zuzuschreiben ist. Nachher fand ich in Dr. Max Matthes Lehrbuche der klin. Hydrotherapie eine Notiz über die Arbeiten Kellers und Köstlins. Der erste behauptet eine Verminderung der Stickstoffausscheidung nach 3 pCt. Soolbädern gegenüber dem Verhalten nach Süsswasserbädern gefunden zu haben. Der zweite fand, dass 4 pCt. Bäder von Stassfurter Salz die Stickstoffausscheidung um 1—15 gr. herabsetzen, dass 20 pCt. Bäder ebenso wirken, dagegen die Kochsalzbäder ohne Einfluss sind. — er bezieht diese Differenz auf das im Stassfurter Salz vorhandene Chlorkalium. Obwohl man diese Untersuchungen mit den meinigen nicht in eine Parallele stellen kann, weil sich der Begriff vom Oxydationsprozesse im Organismus nicht mit der absol. Menge des ausgeschiedenen Stickstoffes deckt, fühle ich mich durch diese Untersuchungen veranlasst, folgendes zu bemerken: 1) Durch diese Untersuchungen sehe ich meine Ansicht bekräftigt, dass die Stoffwechselreduzierende Wirkung der Bäder nicht von der Temperatur derselben abhängt. 2) Wenn die Oxydationreduzierende Wirkung der Franzensbäder Moorbäder der Radioaktivität des Moores entspringen sollte, darf man diese Wirkung nicht für eine spezifische Eigentümlichkeit nur dieser Bäder betrachten, was ich übrigens auch in meiner ersten Publikation angedeutet habe. 3) Es erscheint auch durch die Untersuchungen nachgewiesen, dass man den chemischen Bestandteilen der Bäder gewisse Bedeutung nicht absprechen darf.

Aus der oben angegebenen Erklärung der physiologischen Wirkung der Franzensbader Moorbäder kann man entnehmen, dass ich als wirkende Kräfte in einem Moorbade anerkenne: die Temperatur, die chemischen Bestandteile und die natürlichen vegetabilisch-tierischen Bestandteile (als Hautreize) und den durch die spezifische Schwere bedingten Druck der Masse. Zu dem über die Wirkung des Druckes der Moormasse auf den splanchnicus und auf die Muskelnerven will ich noch hinzufügen, dass ich noch eine Massagewirkung der Moormasse direkt auf die Kleinbeckenorgane ergründet habe. Merkwürdigerweise fand ich viel später nach meiner diesbezüglichen Publikation, dass über den Druck der Moormasse eine ähnliche Anschauung i. J. 1845 Dr. August Vetter ausgesprochen hatte: «Der Druck, sagte er, nimmt von oben nach unten zu; der Theorie nach sollte nun zwar eine solche ungleiche Verteilung des Drucks ein Zurückdrängen des Kreislaufes von den unteren am stärksten gedrückten, gegen die oberen druckfreien Teile zur Folge haben, und es ist möglich, dass diejenige Art der Beklemmung, welche viele Personen beim Eintritte in das Bad empfinden, teilweise auf solchen Umständen beruht. Nur bei längerer Dauer des Bades dürfte sich dieser Druck therapeutisch geltend machen». Derselbe Autor bemerkt weiter, dass die Schlammbäder «bei grösserer spezifischer Schwere einen für empfindliche, zu Respirationsbeschwerden geneigte oder Unterleibskranke in weit stärkerem Grade merkbaren Druck ausüben». Auch Dr. Boschan schreibt 1850 über «eigentümliche Empfindung, besonders im Unterleibe, welche zumeist von der spezifischen Schwere des Moores herrührt». Diese Ausserungen Vetters und Boschans sind allerdings nur Andeutungen an einen gewissen Vorgang, welchen ich als direkte Massage der Kleinbeckenorgäne bezeichnet und ausführlich erklärt habe.

(Schluss folgt).

Referate.

Bd. XI. der John Hopkins hospital reports. (Annalen des J. H. Hospital). (Baltimore, 1903) enthält:

1. Eine wertvolle Arbeit von C. P. Emerson: «Der Pneumothorax, eine historische, klinische und experimentelle Studie». Eine umfassende Monographie auf 450 Seiten. Erst 358 ausführliche Literaturauszüge, dann 50 eigne Krankengeschichten. Als Ursachen des Pneumothorax werden angeführt: 1) Selbständige Lungenkrankheiten (7 verschiedene Krankheitsprozesse); 2) Die Thorakocentese; 3) Fremdkörper, Pneumonien und verschiedene Lungenaffektionen im Gefolge von Infektionskrankheiten; 4) Pleuraerkrankungen; 5) Traumata; 6) Krankheiten anderer Organe (diverse Krankheitsprozesse) — als z. B. Leberabscess, Ulcus ventriculi, Ascariden in der Pleura etc.

Digitized by Google

Ferner 14 eigne Fälle von Schuss- und Stichwunden der Pleura und der Lunge, meist mit Pneumonie, bei denen kein Pneumothorax entstanden war.

Besprochen werden ausführlich der Mechanismus des Pneumothorax, die Gasanalyse, die Symptome, zum Schluss der klinische Verlauf, Diagnose und Therapie.

2. Cook und Briggs. Klinische Beobachtungen über den Blutdruck. Benutzt wurde eine eigne Modifikation des Riva-Rocci'schen Apparates. Beobachtungen der Blutdruckschwankungen unter dem Einfluss chirurgischer Eingriffe, der Geburt, innerer Leiden, diverser therapeutischer Eingriffe und Medikamente. Einige hübsche, demonstrative Kurven. Im ganzen nicht viel Neues.

3. M. B. Tinker. Der Wert des Tuberkulins für die chirurgische Diagnose.

Auf Grund zahlreicher Erfahrungen wird der Schluss gezogen, dass mässige Dosen von Tuberkulin — bis zu 9 Milligramm, ungefährlich sind und diagnostisch die grösste Bedeutung haben.

M.

L. Gratschoff. Wanderniere als Entbindungshindernis. (Schwedisch) Finska Läkaresällsk. handl. 1904, Okt.

Eine Arbeiterfrau von 29 Jahren wird nach 3-tägigem Kreissen ins Hospital gebracht. Das kleine Becken von einem etwas knolligen, strausseneigrossen Tumor fast erfüllt, der sich nicht im geringsten verschieben lässt. Dicht oberhalb des Tumors auf dem Beckeneingang liegt der Kopf der Frucht. Da der Tumor das Becken nicht ganz erfüllte und die Frucht abgestorben war, glaubte man vorerst eine Perforation versuchen zu müssen. Sie wurde mit Tarniers Basiotrib ausgeführt und die Extraktion geschah leichter als man erwartet hatte. Jetzt war der Tumor aus dem kleinen Becken verschwunden und fand sich, leicht verschiebbar, höher oben im Bauch. Auch nach 2 Wochen fand er sich an derselben Stelle. Er stand in keinem Zusammenhang mit dem Uterus.

Buch.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Otto Soltmann: Masern, Keuchhusten, Scharlach, Diphtherie. Bild und Behandlung. «Merkworte» für Studierende und Praktiker. Leipzig. Verlag von Georg Thieme, 1904. 75 Pfennige.

Von deutschen Universitäten ist Leipzig besonders bevorzugt durch seine grosse auf 252 Betten berechnete Kinderklinik, und von letzteren sind wiederum allein 121 für Infektionskranke bestimmt. In den letzten 10 Jahren hatte Verf., dank diesem günstigen Umstand, über ein ungeheueres Beobachtungsmaterial an Infektionskranken zu gebieten, indem, wie wir es aus einer beigefügten Tabelle ersehen können, in dieser Zeitperiode allein 6362 infektiös erkrankte Kinder in der Leipziger Universitätskinderklinik Aufnahme gefunden hatten.

In der zur Besprechung vorliegenden Skizze legt nun S. seine an dem genannten reichen Material erworbene Erfahrung in knapper, aphorismatischer Form nieder und giebt dem angehenden Mediziner und Praktiker sogenannte «Merkworte», welche ihm als Wegweiser dienen könnten sowohl bei der Diagnostizierung als auch Behandlung der vier Infektionskrankheiten: Masern, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten.

Wenn auch freilich der Spezialarzt in der Beschreibung der Krankheitsbilder nichts neues wird finden können, so muss ihnen doch ein gewisser Wert zugesprochen werden für den Studierenden und den allgemeinen Praktiker. Der zweite Teil der Abhandlung, die allgemeine sowie die spezielle Behandlung der zum Thema genommenen Infektionskrankheiten umfassend, bringt für jeden Arzt viel Interessantes und Anregendes. Lernen wir doch durch denselben die Individualität des Verfassers als Therapeut genannter Krankheiten kennen. Er selbst sagt es ja in den einführenden Worten, «dass er hier die Grundzüge derjenigen Behandlungsweise beleuchten möchte, wie er sie seit vielen Jahren aus reicher Erfahrung an grossem Material erprobt habe und zu üben pflege und keinen Grund habe von den diaetetischen, hygienischen und medizinischen Massnahmen abzugehen».

Hecker.

Dornblüth: Diätetisches Kochbuch. 2. umgearbeitete Aufl. Würzburg. Stubes Verlag, 1905.

Bei der stets wachsenden Bedeutung, die die Diätetik für die Therapie gewinnt, entsprechen Bücher, wie das vorliegende, einem dringenden Bedürfnis.

Im ersten Teil werden die einzelnen Nahrungsmittel einschliesslich der Nährpräparate, besprochen; im zweiten folgt eine Anzahl detaillierter Kochvorschriften; dieses «Kochbuch» umfasst 310 Nummern. Im 3. Teil wird die Kost in verschiedenen Krankheiten und Zuständen besprochen. Schliesslich wird die Säuglingsernährung eingehend behandelt.

Da durchaus nicht nur sog. «Krankenspeisen», sondern wohl weitaus die meisten unserer üblichen Speisen in den Kochvorschriften berücksichtigt werden, kann dieses Buch nicht nur Aerzten, sondern jeder Hausfrau empfohlen werden.

M.

W. v. Leube: Spezielle Diagnose der inneren Krankheiten. I. Band, 7. Auflage. Leipzig, Vogel. 1904. Preis 13 Mk.

L. hat in seiner neuen Auflage des bekannten Werkes dasselbe den Forschungen der Neuzeit angepasst. Dieses Lehrbuch des hervorragenden Forschers erfreut sich einer so grossen Verbreitung, dass eine weitere Empfehlung überflüssig erscheint.

M.

Determann: Die Diagnose und die Allgemeinbehandlung der Frühzustände der Tabes dorsalis. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. V Band, Heft 2—3, 94 Seiten. Preis Mark 2,50.

An der Hand von 14 Fällen von Frühstadien der Tabes, deren weiterer Verlauf genauest beobachtet werden konnte, kommt Verf. nach Besprechung der frühdiagnostischen Symptome zu der Schlussbetrachtung, «dass wir uns nicht mehr mit der früher üblichen und auch jetzt noch im allgemeinen gebräuchlichen Abgrenzung des klinischen Krankheitsbildes «Tabes dorsalis» begnügen dürfen, sondern durch Hinzunahme der zahlreichen «rudimentären Fälle», der unentwickelten oder ungewöhnlichen Fälle, der «formes frustes» eine «Revision» des Krankheitsbegriffes immer weiter wird erfolgen müssen». Die Bedeutung der Einzelsymptome für die Frühdiagnose möchte Verf. in folgender Weise anordnen: «Lanzinierende Schmerzen, Krisen und krisenähnliche Zeichen, Parästhesien und Hyperästhesie am Rumpfe, hyp- oder analgetische Flecke an den unteren Extremitäten, Verschwinden oder Herabsetzung der Achillessehnenreflexe, Kopfschmerzen, Schwindel und dgl., Blasen- und sexuelle Störungen, Opticusatrophie, die ersten Anfänge der Störungen von Seiten der Pupillen und der Patellarreflexe, Rombergsches Phänomen. Die Störungen von Seiten des Allgemeinzustandes möchte ich fast allen anderen Anzeichen insofern als überlegen betrachten, als sie den Anlass geben zu einer sehr genauen Durchprüfung des ganzen Körpers und zur eventuellen Auffindung tabischer Anzeichen». Nach Darlegung der Allgemeinbehandlung, bei welcher auf das hygienisch-physikalisch-diätetische Heilverfahren der Hauptwert gelegt wird, schliesst Verf. mit folgenden Worten: «so ergiebt mir die langjährige Beobachtung von solchen Kranken, welche das von mir beschriebene Behandlungssystem mit Konsequenz befolgten und ihr Vergleich mit anderen, welche es nicht taten, die feste Ueberzeugung, dass wir imstande sind, früh erkannte Fälle von Tabes dorsalis zu einer Art Vernarbung, zu einem fast gänzlichen oder lange Zeit dauernden Stillstand des Leidens mit Residuen zu bringen».

Michelson.

Dr. J. Brennsohn (Mitau): Die Aerzte Livlands von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Ein biographisches Lexikon nebst einer historischen Einleitung über das Medizinalwesen Livlands. 481 Seiten. (Riga, Verlag v. E. Bruhns. 1905).

Unter den Büchern, die an dieser Stelle zur Besprechung kommen, gebührt dem vorliegenden ein Ehrenplatz. Gerade in unsrem Blatt darf es eine besondere Anerkennung und Empfehlung beanspruchen. Durch sein von emsigem Fleiss und historischem Verständnis zeugendes Werk hat der auf diesem Gebiete bewährte Verfasser sich ein Verdienst nicht nur um die Aerzteschaft seiner engeren Heimat, sondern auch um unsere weiteren deutsch-russischen Aerztekreise erworben. Er bietet darin einen sehr wertvollen Beitrag zur Geschichte des Medizinalwesens Livlands sowohl, wie auch zur vaterländischen Geschichte des ärztlichen Standes, er gibt ein reiches, zuverlässiges Quellenwerk, für welches gewiss viele unsrer Leser ihm Dank wissen werden.

Das Buch ist «den Aerzten Livlands» gewidmet. Gleich in den ersten Worten der Widmung spricht sich historischer Sinn und ärztliches Standesbewusstsein aus: «Es gereicht mir zu freudiger Genugtuung, meine Mussestunden der Bearbeitung des vorliegenden Werkes zu widmen. Ein unverwüstlicher Hauch erfrischenden geistigen Lebens wehte mir aus den vergilbten Papieren, die mir von dem Schaffen und Wir-

Digitized by Google

ken, von den Freuden und Leiden meiner Berufsgenossen vergangener Jahrhunderte Kunde gaben, entgegen» . . . .

Auf das Vorwort und ein stattliches Quellenverzeichnis folgt als I. Abschnitt des Werks ein «historischer Abriss des Medizinalwesens Livlands», welcher uns hochinteressante Nachrichten über die verschiedenen Zweige des Medizinalwesens (Apotheken-, Hebammen-, Irren-, Krankenhauswesen etc.), sowie über Volksseuchen, über die Geschichte der medizinischen Gesellschaften Livlands, ein chronologisches Verzeichnis der Medizinalbeamten u. v. a. bringt.

Der II. Abschnitt, das 366 Seiten umfassende alphabetische «Livländische Aerzte-Lexikon», ein vollständiges Album aller Aerzte, die je in Livland gewirkt haben, ist an sich schon ein hervorragendes biographisches Nachschlagewerk. Es enthält sehr genaue biographische Daten (inklus. Familiennachrichten), vielfach auch literärische Angaben, und wird jedem, der darin blättert, eine Fülle interessanter Personalnachrichten bieten.

Daran schliesst sich noch als III. Abschnitt ein «Verzeichnis der Aerzte Livlands, chronologisch und nach Ortschaften geordnet», endlich Nachträge und Ergänzungen. Wir finden hier sogar die Stammtafel einer besonders ärztereichen Familie.

Man staunt über den Fleiss des Verfassers, man bewundert seine Hingabe an den vielfach trocknen Stoff, und zollt ihm gern rückhaltlose Anerkennung. Wir hätten seinem von ärztlichen und andern Gesellschaften Livlands in dankenswerter Weise unterstützten Werk eine dem wertvollen historischen Inhalt besser entsprechende, gediegenere Ausstattung gegönnt, wünschen ihm aber auch in dieser Gestalt möglichst weite Verbreitung unter unsren Lesern.

Blessig.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

765. Sitzung am 30. November 1904.

Präses: Schmitz. — Stellv. Sekretär: Ucke.

1. Petersen demonstriert 5 Patientinnen:

1) eine Pat., die nach ausgeheilter Scabies am rechten Unterschenkel 2 Ulcera aufwies, die zunächst als aus Furunkeln hervorgegangen imponierten, im weitern jedoch verhärtete Ränder aufwiesen und vergrösserte Inguinaldrüsen nach sich zogen. Der luetische Charakter dieser Geschwüre wird durch das jetzt aufgetretene maculo-papulöse Exanthem bestätigt.

2) einen Fall von Tuberkulosis miliaris der Schleimhaut der Unterlippe.

3) einen durch Finsenbehandlung geheilten Fall von Lupus der Nase.

4) ein Ulcus rodens des linken Ohres mit Uebergreifen auf die Kopfhaut. Behandelt mit der Gefriermethode.

5) einen weiteren nach Finsen behandelten Fall von Lupus.

2. Petersen spricht über die nichtchirurgische Behandlung des Hautkrebses. (Zum Druck bestimmt).

Diskussion:

Wladimirow bezeichnet es als einen Irrtum, wenn man glaubt durch niedere Temperaturen eine Abtötung der Bakterien herbeiführen zu können, da er selbst bei Versuchen mit flüssiger Luft in 50—60 Minuten weder Pest- noch Rotzbazillen hat abtöten können. Dasselbe beweisen auch die epidemiologischen Erfahrungen an Epidemien im Winter. Das einzige, was durch Kälte erreicht werden kann, ist eine Abschwächung der Virulenz.

3. Wichert und Fick: Ein Fall von Tuberkulose einer Niere mit erfolgreicher operativer Entfernung des kranken Organs.

Wichert: M. H. Gestatten Sie mir die kurze Mitteilung der Krankengeschichte eines Patienten, die hinsichtlich Diagnose und Operation einiges Interessante bietet.

Am 7. September dieses Tages trat ins Alexander-Hospital in die Abteilung von Dr. Westphalen ein 20-jähriger Verkäufer ein, der angab, seit einem Monat an Schmerzen in der rechten unteren Thoraxhälfte bei Bewegung und Atmen zu leiden. Kein Husten, schlechter Appetit, mässiger Schlaf. Seit April angeblich Abmagerung und Nachtschweisse.

Nie geschlechtskrank gewesen. Eltern und Geschwister gesund. Hat viel im Staube arbeiten müssen mit angeblich brustkranken Kollegen.

Status bei der Aufnahme: Anaemischer Patient von mittlerer Grösse, ebensolchem Ernährungszustand und Körperbau. Ueber den Lungen nichts Wesentliches, nur über der rechten Spitze wurde etwas schärferes Exspirium konstatiert. Herz, Leber, Milz ohne Besonderheiten.

Rechte Lendengegend druckempfindlich, Niere eben palpabel; bei gleichzeitiger Palpation beider Lendengegenden in Rückenlage erhält man rechts den Eindruck eines deutlicheren Widerstandes. Im Sitzen keine Vorwölbung der rechten Seite. Links nichts zu fühlen. Harnentleerung ohne Schmerzen; Harn klar, normal. spec. Gew., normale Menge, sauer, kein Albumen, kein Zucker. Beim Stehen im Glase kein Sediment zu erhalten.

In den ersten Tagen des Hosp.-Aufenthaltes hatte Pat. Abendtemperaturen bis 37,6, vom 5. Tage an nahmen die Temperaturen immer mehr zu, bis 39,2, morgens stets über 37. Pat. nahm an Gewicht stark ab, im Laufe von 12 Tagen 6 Pf., und fühlte sich schlecht.

Es lag nun in diesem Falle starker Verdacht auf eine Erkrankung der rechten Niere, resp. ihrer unmittelbaren Umgebung vor; daher war es von Wichtigkeit, genauere Aufschlüsse über die Beschaffenheit des von beiden Nieren gesondert aufzufangenden Urins zu erhalten.

Bei einer cystoskopischen Untersuchung konnte ich an der Blase ausser einer Rötung in der Umgebung des rechten Ureters nichts Auffälliges finden — beide Ureteren sonderten augenscheinlich klaren Harn ab.

Danach führte ich in den rechten Ureter einen Katheter ca. 12 Ctm. ein, entfernte das Cystoskop und führte in die Blase einen anderen Katheter, so dass wir nun getrennte Harne erhielten. Obgleich die ganze Prozedur nur kurze Zeit in Anspruch nahm, fühlte sich Patient, vielleicht in Folge des Liegens auf dem harten Operationstisch, bei seinem elenden Zustande so schlecht, dass wir kaum mehr wie 10 Minuten zur Gewinnung des Harns Zeit hatten. Wir erhielten von beiden Seiten gleichviel, ca. 6 Ccm., und es zeigte sich zunächst bei makroskopischer Betrachtung das überraschende Resultat, dass aus der supponierten kranken Niere klarer, aus der gesunden getrübter Harn entleert wurde. Das Mikroskop klärte dieses Verhalten dahin auf, dass die von links erhaltene Trübung auf desquamierten Epithelien der Harnwege und roten Blutkörperchen infolge der instrumentellen Eingriffe beruhte; rechts dagegen fand man nach Centrifugierung wenige desquamierte Epithelien, vereinzelte Leukocyten, rote Blutkörperchen, hyaline Cylinder und Cylindroide.

Durch diesen Befund waren wir einer präziseren Diagnose weit näher gekommen: es musste sich, da das Nierenbecken gesund war, um etwas handeln, das, entweder in der Nierensubstanz selbst oder in seiner nächsten Nähe sitzend, lokale Cirkulationshindernisse durch Druck in dem umgebenden Nierenparenchym hervorrief und dadurch zur Bildung hyaliner Cylinder führte und ausserdem Fieber erzeugte, das den Verdacht auf Tuberkulose sehr nahe legte. Somit kamen wir zur Diagnose: Tuberkuloseherd (oder Eiter?) in der Niere selbst oder in deren nächster Nachbarschaft, ohne dass das Becken ergriffen ist.

Mit dieser Diagnose wurde Pat. in die chirurgische Abteilung transferiert, wo ihn Dr. Fick operierte und die Diagnose bestätigen konnte.

Das ist das auf den Fall Bezügliche; ich möchte noch einiges zur Diagnosenstellung bemerken:

Wir haben das Sediment nicht auf Tub. untersucht; erstens hatten wir so wenig Material, dass es eben zur Betrachtung des frischen Praeparates ausreichte, und ferner hätte uns ein negatives Resultat gar nichts gesagt. Zu warten, bis ein Tierversuch uns ein positives Resultat ergab, waren wir bei dem Zustand des Pat. nicht berechtigt. Ich will hier nur erwähnen, dass der Befund säurefester Bazillen im spontan gelassenen Harn ja überhaupt mit Vorsicht aufzunehmen ist, wie aus einer Arbeit von Milchner in einer der letzten Nummern der «Berl. klin. Wschr.» hervorgeht. Uebrigens wären wir in unserem Falle vor einer Verwechslung mit Smegmabazillen infolge der Entnahme des Harns per Katheter gesichert gewesen.

Ferner: Die Untersuchungsmethode vermittelst des Ureterenkatheterismus hat einen doppelten Zweck zu erfüllen, sowohl uns möglichst genauen Aufschluss über die Funktionsstörung der befallenen Seite zu geben, als auch darüber zu belehren, ob eine andere Niere überhaupt existiert und sodann in welchem Grade sie funktionstüchtig ist. Dieses letztere ist das Hauptverdienst der ganzen Methode. Nach den grundlegenden Arbeiten von Casper und Richter wird die Funktion der Niere dadurch geprüft, dass beiderseits die molekulare Konzentration des Harns durch Kryoskopie bestimmt wird, und ferner dadurch, dass man nach vorhergehender subkutaner Injektion von Phloridzin sich durch Bestim-

Digitized by Google

nung der daraufhin von beiden Seiten ausgeschiedenen Zuckermengen über die Menge des arbeitsfähigen Nierenmaterials ein Bild macht. Es würde zu weit führen, wenn ich hier die genauen experimentellen Beweise von C. und R. anführen würde, aus denen erhellt, dass die Menge des Zuckers in direktem Verhältnisse zur Menge des gesunden Parenchyms steht.

Bei beiden Bestimmungen handelt es sich nur um Gewinnung von Vergleichswerten, nicht um absolute Zahlen, so dass nur grosse Differenzen bei einer einmaligen Untersuchung sichere Schlüsse zulassen.

Casper und Richter haben die Methode sehr genau ausgearbeitet und sie ist in ihren Resultaten so vielfach bestätigt worden, dass man sie jetzt wohl als das Fundament funktioneller Nierendiagnostik betrachten darf.

In unserem Falle kam es uns nicht darauf an, eine genaue funktionelle Diagnose im Sinne des C.-R.'schen Schemas zu machen; da wir von der gesunden Seite überhaupt Urin erhielten, waren wir sicher, dass eine linke Niere existierte und funktionierte, und der Umstand, dass in der Zeiteinheit fast ganz gleiche Harnmengen von beiden Seiten abgesondert wurden und beide Portionen keine Farbendifferenzen aufwiesen, liess es als höchst wahrscheinlich erscheinen, dass die linke Niere nicht Sitz irgend welcher erheblicher Veränderungen war, die nach der Operation das Leben des Pat. hätten bedrohen können. Ich muss zugeben, dass dieser Schluss, der ja durch den Verlauf in seiner Richtigkeit bestätigt wurde, nicht den Wert eines Beweises hat — daher will ich in weiteren Fällen mich lieber immer, wo nur angängig, an die schematische Untersuchung halten. An vorliegendem Falle hätte ich auch ganz sicher eine erneute Untersuchung mit Phloridzin, Gefrierpunkt etc. vorgenommen, wenn sich auch nur irgend welche gröbere Ungleichheiten, was Harnmenge und Farbe betrifft, gezeigt hätten.

Frühdiagnosen einseitiger Nierentuberkulose gehören ja jetzt, dank den immer mehr zu allgemeiner Anwendung kommenden verfeinerten diagnostischen Hülfsmitteln, nicht mehr zu den Seltenheiten, ich will es daher unterlassen, die zahlreichen wertvollen Veröffentlichungen zu zitieren. Die Symptomatologie ist in den vorgeschrittenen Fällen, wo das Becken ergriffen ist, so allgemein bekannt, dass ich hier nur noch den interessanten Umstand erwähnen will, auf den einige französische Autoren aufmerksam machen, nämlich dass manchmal Blasensymptome, eine Cystitis, das einzige Symptom einer solchen auf das Nierenbecken übergegriffenen Tuberkulose sein können, ohne dass die Blase beteiligt ist.

Casper hebt in einem kürzlich gehaltenen Vortrage noch ausdrücklich hervor, dass in den ganz initialen Formen, die sich nur in hartnäckig andauernder Störung des Allgemeinbefindens äussern, auch gar keine lokalen Symptome, oder nur die einer Nephritis zu sein brauchen. Solche Fälle illustrieren ungemein lehrreich die Notwendigkeit endovesikaler Betrachtung, resp. die Auffassung der gesonderten Urine von beiden Seiten. Nach den neuesten, wohl fast allgemein acceptierten Forschungen ist bei einer isolierten Tuberkulose der Harnorgane wohl immer die Niere der Ausgangspunkt der Erkrankung und die Blase erkrankt nur sekundär. Primäre Blasentuberkulose gehört zu den Seltenheiten.

Um den Harn von beiden Nieren gesondert aufzufangen, sind nun noch verschiedene Apparate angegeben worden, von denen ich nur den von Harris, den von Downes, den Diviseur von Cathelin und den Degregateur von Luys anführen will. Bei den beiden erstgenannten der Instrumente ist das Wesentliche, dass durch ein vom Rektum, resp. Scheide eingeführte Vorrichtung der Blasengrund in 2 Abteilungen zerlegt wird, in deren jeder sich der Harn der betreffenden Seite sammelt; bei den Instrumenten von Cathelin und Luys wird im Innern der Blase durch sinnreiche Mechanismen eine Scheidewand errichtet.

Vorbedingung für Anwendung aller dieser Instrumente ist, dass man sich cystoskopisch von der Einmündung der Ureteren an normaler Stelle sowie von der Abwesenheit von Verzerrungen des Blasenbodens überzeugt hat. Selbst dann wird man mit Sicherheit von einem positiven Resultat der Untersuchung nur in dem Falle sprechen können, wenn eine grosse Differenz zwischen den von beiden Seiten erhaltenen Urinen ersichtlich ist. Geringe unwesentliche Unterschiede werden bei Anwendung dieser Methoden stets mit grosser Vorsicht aufzunehmen sein und unbedingt Kontrollversuche nötig machen.

In einer kürzlich hier erschienenen Dissertation von Mickiewicz auf der Klinik von Prof. Iwanowski kommt der Autor bei vergleichender Prüfung der genannten Instrumente einerseits und des Ureterenkatheterismus andererseits auch zu dem Schluss, dass letzterer, was Leichtigkeit und Zuverlässigkeit betreffe, bei weitem die anderen Apparate hinter sich lässt. Mir persönlich stehen nur wenige Erfahrungen mit den Apparaten von Harris und Luys zur Verfügung; den ersteren habe ich als für den Patienten sehr unangenehm und für den Arzt unzuverlässig gefunden, bei Anwendung des letzteren habe ich auch positive Resultate gesehen (sie wurden durch Einspritzung einer Farblösung in die eine Seite nach Beendigung der Harnentnahme kontrolliert), aber die Anwendung des Apparates ist in keiner Weise für den Pat. angenehmer als der Ureterenkatheterismus, der immer das schonendste Verfahren ist.

Es giebt aber trotz allem Fälle, wo man den Ureterkatheterismus nicht anwenden kann, sei es, dass es aus irgend welchem Grunde nicht gelingt die Ureteren zu entrieren, sei es, dass man wegen pathologischen Zustandes der Blase davon absieht. Für alle diese Fälle bleibt die Anwendung der genannten Apparate reserviert, von denen nach Empfehlung von Garré und Frank der Luys'sche Degregateur bei weitem vorzuziehen ist.

(Autoreferat).

v. Fick demonstriert das Präparat und teilt mit, dass der Pat. ganz genesen ist.

4) Germann: «Ueber hygienische und sanitäre Verhältnisse auf Island». Reiseeindrücke.

Prof. Dr. med. Theodor Bornhaupt †.

Am 9. März starb in Kiew der Professor der Chirurgie an der dortigen Universität Theodor Bornhaupt in seinem 63. Lebensjahre. Schon während seiner Studienzeit in Dorpat (1860—66) fiel er allen seinen Freunden durch seine ungewöhnliche Begabung nach den verschiedensten Seiten hin auf. Für die bildenden Künste hatte er ein reges Verständnis und zeichnete selbst vorzüglich; sein hübsches Dichter- und Rednertalent liess ihn seiner Fülle von Geist und Gedanken eine gefällige Form geben; sein Humor, der feine und gröbere Formen annehmen konnte, brachte Leben in jeden Kreis; und als er nun auch durch seine erste wissenschaftliche Leistung, seine Dissertation («Untersuchungen über die Entwicklung des Urogenitalsystems beim Hühnchen, 1867») gleich etwas Hervorragendes bot, da konnten seine Freunde nicht umhin, ihm eine glänzende Lebensprognose zu stellen.

Zunächst schien sich das aber gar nicht zu bewahrheiten. Das zuweilen etwas Wilde in seinen Entschlüssen brachte B. als Arzt in den Ural, wo er, losgelöst von Heimat und Kommilitonen, mehrere Jahre wie vergraben war und Anlass zur Sorge gab. Der Krieg von 1877—78 riss ihn dort heraus, er ging auf den kleinasiatischen Kriegsschauplatz. Der Ernst des Krieges und seine eigne schwere Erkrankung dort übten einen heilsamen Einfluss auf ihn aus, und die Triumphe der jungen Antiseptik, die er an schweren Gelenkschüssen etc. in den Hospitälern von C. Reyher und G. Tiling sah, begeisterten ihn und liessen ihn sich ganz der Chirurgie zuwenden. Er ging nach Schluss des Krieges mit Reyher nach St. Petersburg und trat bei diesem viel jüngeren Kollegen als gehorsamer Assistent in die Schule. In kurzer Zeit war er selbst Meister. Die Jahre 1881 und 1882 war er in Halle bei Prof. Volkmann. Hier vollendete er seine schon in Petersburg begonnene grössere Arbeit, die «Mechanik der Schussfrakturen an den langen Röhrenknochen». 1883 wurde er nach Kiew als Professor der Chirurgie berufen, wo er bis an sein Lebensende wirkte und nun alle günstigen Hoffnungen erfüllte, die auf ihn gestellt waren. Er wurde sehr beliebt bei seinen Kollegen. Obgleich er nie das Russische fehlerfrei sprach, wurde er doch wiederholt von den Kollegen bei feierlichen Repräsentationen zum Redner gewählt, weil der Geist und das Rednertalent auch in dem ihm nicht geläufigen Idiom entzückten. Er wurde sehr beliebt bei den Studierenden, die es fühlten, was sie bei ihm lernen konnten und welch warmes Interesse er an ihren

Digitized by Google

Fortschritten hatte. Er wurde endlich sehr beliebt bei seinen Kranken. Als ihm durch die langwierige, quälende Krankheit, an der er die letzten Jahre litt (Emphysem und Tuberkulose der Lungen), schon wenige Schritte auf ebenem Boden schwer wurden, musste er sich die Treppen hinauf und hinab tragen lassen, weil seine Patienten durchaus seine Hülfe suchten. An wissenschaftlichen Veröffentlichungen nenne ich nur, ausser seinem Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie (russisch) in 2 Bänden, grössere Journalartikel über Tuberkulose des Hodens, über Osteome der Stirnhöhle, und endlich den Abschnitt aus der eben erscheinenden Русская Хирургія über die Krankheiten der Hüfte und des Oberschenkels, deren vollendeten Druck er nicht erlebt hat infolge des Streiks der Buchdrucker, was ihn sehr schmerzte. Ueber den Wert dieser Arbeiten darf nur ein chirurgischer Spezialist urteilen.

Neben den Lichtseiten dieser reichen Persönlichkeit waren nur sehr wenige Schatten. Und diese wenigen gehören nicht hierher. Sie existierten nicht im Gebiete der Wissenschaft — da war er klug, kritisch und unbestechlich wahr. Sie existierten nicht im Hinblick auf Kollegen — da war er nie, nie zu einer Intrigue zu haben; sich vorzudrängen, jemanden in den Schatten zu stellen, war ihm odiös. Auch im Verhältnis zu seinem Dienst, zu seinen Schülern und Patienten ist kaum etwas zu rügen. Die Schatten lagen tief in seinem Gemütsleben nur seinen intimen Freunden erkennbar, und es wäre ihrer hier nicht erwähnt worden, wenn diese nicht mit Freuden konstatiert hätten, dass diese Schatten in den letzten Jahren seines Lebens immer mehr schwanden, bis zu einem wesenlosen Scheine. Da war schliesslich nichts als eine lichte, bedingungslos liebenswerte Persönlichkeit.

E. M.

Vermischtes.

— Der Direktor und Oberarzt der Reimers'schen Augenheilanstalt in Riga Dr. Johann Stavenhagen beging am 3. April in aller Stille sein 25-jähriges Jubiläum als Direktor der genannten Anstalt. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 63. Lebensjahre steht, hat seine medizinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1861—1867 dem Studium der Medizin sich widmete und i. J. 1868 auch die Doktorwürde erlangte. Seine ärztliche Tätigkeit begann St. als Assistent an der Reimers'schen Augenheilanstalt und war dann nach weiteren Studien in Berlin und Wien praktischer Arzt in Riga, bis er i. J. 1880, als Nachfolger Dr. C. Waldhauers, die Leitung der genannten Augenheilanstalt übernahm, in welcher Stellung er sich grosse Verdienste um das Augenheil- und Blindenwesen in den Ostseeprovinzen erworben hat.

— Die Gesellschaft der Aerzte der Stadt Baku hat in ihrer Jahresversammlung den bisherigen Vizepräsidenten Dr. A. Arutinow — zum Präsidenten, den Stadtarzt Dr. J. Eliaschwili — zum Vizepräsidenten, die DDr. W. Weinschal und J. Warschawski — zu Sekretären gewählt. Der bisherige Kassierer Dr. A. Galkin wurde wiedergewählt.

— Für den durch Prof. Massens Tod vakant gewordenen Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Odessaer Universität hatten sich als Bewerber der Charkower Professor Dr. Gawronski, die Privatdozenten Onufrijew, Mironow, Sadowski, Petrow und die DDr. Orlow und Nejelow gemeldet. Nach Durchsicht der wissenschaftlichen Arbeiten dieser Kandidaten wurde von der medizinischen Fakultät der Privatdozent der militär-medizinische Akademie Dr. Peter Sadowski gewählt.

— Zum Präsidenten der St. Petersburger städtischen Sanitätskommission wurde in der Dumasitzung am 30. März Dr. Alexander Oppenheim wiedergewählt.

— Ordensverleihungen für Auszeichnungen in den Kämpfen gegen die Japaner;

Der St. Stanislaus-Orden II. Klasse mit Schwertern — dem Chef der Medizinalabteilung der Sanitätsverwaltung der I. Mandschurischen Armee, Staatsrat Dr. W. Ljubski; dem Oberarzt des Feldreservehospitals Nr. 1, Dr. Emanuel Schreiber; dem Oberarzt des Militär-Sanitätszuges Ihrer Majestät der Kaiserin Maria Feodorowna, Dr. Johann Demidow und dem Oberarzt des 9. sibirischen Sanitätszuges I. Kais. Hoheit der Grossfürstin Maria Nikolajewna, Dr. Wold. Rosenblatt.

— Der vor kurzem verstorbene Kiewer Professor der Augenheilkunde Chodin hat der Kiewer Universität 12,000 Rbl. testamentarisch vermacht, von denen 9000 Rbl. zu einem Stipendium auf seinen Namen, und 3000 Rbl. zur baulichen Erweiterung der Augenklinik verwandt werden sollen. Seine Bibliothek hat er dem weiblichen medizinischen Institut vermacht. (R. Wr.).

— Verstorben: 1) In Moskau der Ordinator an der psychiatrischen Abteilung des Moskauer Militärhospitals, Staatsrat Dr. Alfred Volkmann, im Alter von 64 Jahren. Die ärztliche Tätigkeit hat der Verstorbene seit 1867 ausgeübt. 2) Am 21. März im Flecken Rtischtschewo (Gouv. Saratow) der freipraktizierende Arzt Nikolai Piramidow im 58. Lebensjahre. Seine medizinischen Studien begann er 1865 in Moskau, musste aber wegen Beteiligung an politischen Umtrieben die Universität verlassen und zwei Jahre in Haft in der Peter-Paulsfestung verbringen. Nachdem er sodann eine Reihe von Jahren als Feldscher und als kleiner Akzisebeamter sich durchgeschlagen, setzte er seine medizinischen Studien an der Warschauer Universität fort, wo er 1879 den Arztgrad erlangte. Der Hingeschiedene war in verschiedenen Gegenden des Reichs (in den Gouv. Smolensk, Moskau und Saratow) als Landschaftsarzt tätig. 3) In Samostje (Gouv. Lublin) der dortige Kreisarzt Dr. Oktavian Piotrowski im Alter von 67 Jahre nach fast 45-jährigor praktischer Tätigkeit. 4) In Rjasan am 27. März der Ordinator an dem örtlichen Gouvernements-Landschaftshospitals Dr. Alexander Matwejew im 43. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er im Jahre 1884 erlangt.

— Die «Russ. Wed.» veröffentlichen eine von 10 Offizieren unterzeichnete höchst schmeichelhafte Kundgebung in welcher dem Evangelischen Lazarett die höchste Anerkennung gezollt wird. Diese Offiziere waren nach ihren Verwundungen in den letzten Kämpfen nach der Station Gundschulin in das Evangelische Feld-Lazarett gebracht worden und fühlen sich nun veranlasst, ihr Entzücken und ihre Bewunderung über die unermüdliche selbstaufopfernde Arbeit sowohl des Oberarztes Dr. v. Schiemann als auch des gesammten ärztlichen Personals und der Lazarettverwaltung auszusprechen.

— Da der Fellinsche Kreisarzt Dr. H. Ströhmberg zum aktiven Dienst im Fernen Osten einberufen ist, so sind seine Obliegenheiten dem Stadtarzt Dr. Schwartz übertragen worden.

— Wie aus Ampel (Estland) berichtet wird, hat Dr. Martinson, der seit einem Monat dort den zum aktiven Dienst einberufenen Dr. Thar vertreten hatte, nun auch diesen Ort verlassen, um der Einberufungsorder nach Omsk Folge zu leisten. Bei dem jetzt allgemein herrschenden Aerztemangel dürfte wohl schwerlich für die weitere Stellvertretung ein Arzt gefunden werden.

— Zum Besten des Evangelischen Feldlazaretts waren, wie aus dem letzten Bericht des Komitees zu ersehen ist, bis zum 31. Jan. d. J., abgesehen von den Naturalspenden, über 295,000 Rbl. an freiwilligen Beiträgen eingelaufen.

— Von St. Petersburg geht eine neue, für den Rücken der Armee bestimmte Sanitätskolonne auf den Namen N. J. Pirogows in den Fernen Osten ab. Zum Oberarzt derselben ist Dr. Peter Buchmann, Assistent des Prof. Subbotin im klinischen Militärhospital, in Aussicht genommen; ausserdem gehören der Kolonne noch 3 Aerzte, 2 Studenten der militär-med. Akademie, 30 barmherzige Schwestern und 30 Sanitäre an.

— Der aus Nikolsk-Ussuriisk nach Moskau zurückgekehrte Arzt Salga (?) von dem Feldlazarett der Stadt Moskau hat, einem Telegramm der Russ. Telegraphenagentur vom 11. April zufolge, die Ausstattung der Militärhospitäler als mangelhaft geschildert, so dass sie gezwungen sind, sich wegen der notwendigsten Arzneien und Instrumente an die städtischen Sanitätsorganisationen um Aushülfe zu wenden. Die Einrichtung der Hospitäler des Roten Kreuzes seien dagegen vorzüglich.

— In der militär-medizinischen Akademie unterziehen sich gegenwärtig nur 7 Studierende des V.

Digitized by Google

Kursus den Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades. Die übrigen Absolventen des letzten Kursus haben die Examina zum Herbst aufgeschoben und sind zum grössten Teil als stellvertretende Aerzte für die von der Cholera bedrohten Gegenden von den Landschaften engagiert worden. Eine schlimme Folge wird dieses Ausfallen der Examina in allen 5 Kursen insofern haben, das die Studenten der Akademie ein ganzes Jahr ihres Studiums dadurch verlieren und für die Abiturienten der Gymnasien und Realschulen die Vakanzen für Aufnahme in die Akademie am 1. September bedeutend geringer sein werden.

— Der 15. internationale medizinische Kongress wird vom 19. bis 26. April 1906 zu Lissabon tagen. Schon jetzt sind 188 Vorträge und eine grosse Zahl freier Referate angemeldet. Die Vorträge sollen vor der Eröffnung gedruckt werden, ebenso die Schlussfolgerungen der freien Referate. Die offizielle Sprache ist die französische, doch kann in den Generalversammlungen auch deutsch, französisch und englisch gesprochen werden. Die Arbeiten des Kongresses sind auf 17 Sektionen verteilt.

— Epidemiologisches. Die Meningitis cerebro-spinalis tritt bereits seit mehreren Monaten in Oberschlesien epidemisch auf und verbreitet sich von dort aus weiter über Deutschland. Wegen der Nähe der russischen Grenze liegt die Gefahr vor, dass die Epidemie auch auf das russische Gebiet übergreift. In der letzten Zeit sind in der Tat auch mehrere Fälle von Meningitis cer.-spin. aus Lodz gemeldet worden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 2. April d. J. 10668 (22 mehr als in d. Vorw.), darunter 1259 Typhus — (25 wen.). 937 Syphilis — (14 wen.), 256 Scharlach — (4 mehr), 127 Diphtherie — (23 mehr), 135 Masern — (26 mehr) und 34 Pockenkranke — (5 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 27. März bis zum 2. April 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
564	374	938	196	116	174	19	19	24	91	73	65	67	46	27	19	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 40, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 44, Scharlach 13, Diphtherie 16, Croup 0, Keuchhusten 12, Croupöse Lungenentzündung 43, Erysipelas 4, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 122, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 16, Tuberkulose der Lungen 119, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 63, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungskanals 110, Totgeborene 45.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 26. April 1905.

Tagesordnung: Wladimiroff: Neuestes über Choleraforschung.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d 9. Mai 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Ein sehr nützliches Produkt aus Cascara-Sagrada

„CASCARINE

$C^{12} H^{10} O^{5}$ LEPRINCE"

Medizinische Akademie 12. Juli 1892.

Akademie d. Wissenschaften 1. April 1893 u. 3. Juli 1899.

Erprobt: bei gewöhnlicher Verstopfung, Leberleiden, als antiseptisches Mittel für die Verdauungsorgane; bei Atonie des Verdauungskanals, Verstopfung bei Schwangeren und mit der Brust Stillenden, und gegen Gallenstein.

Gewöhnliche Dosis in Pillen: 2 Pillen nach dem Essen oder zur Nacht vor dem Schlafengehen.

Haupt-Depot: 62, rue de la Tour, Paris. (32) 12—5.

Depot in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY (62) 17—1.

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts, Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

INSTITUT

für

POCKEN-IMPFUNGEN

von Dr. Ochs.

(Existiert seit 1890.)

St. Petersburg.

Fläschchen Kalbs-Pocken zu 25 u. 50 Kop.

Bei Bestellungen unter einem Rbl. 15 Kop. für Versendung.

Digitized by Google

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr **auch** zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

◆ Käuflich in allen Apotheken. ◆ (51) 25—1.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw,** Hamburg, (Literatur deutsche Medizinische Wochenschrift 1904, Nr. 27). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

PENSION und BADE-ANSTALT

M. Bergfeldt.

Kurort „Hapsal“ (67) 6—1.

Verschiedene Heilbäder. Herrliche Seebäder. Volle Pension während des ganzen Jahres.

CURORT HAPSAL.

Am baltischen Strande in Estland.

Saison vom 20. Mai bis zum 1. September.

Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Eisen- und Dampfwannen. Nauheimer kohlensaure Bäder. Die wärmsten Seebäder am baltischen Strande, mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Massage-, Elektricität- und Mineralwasser-Curen. Privatklinik des Dr. von **Krusenstiern** mit gut eingerichteten Honoratioren-Zimmern. Gesundes Klima, reinste, stärkende Seeluft, Tannenwaldungen und ausgedehnte Seepromenaden, deshalb speciell indicirt bei Schwächezuständen des Kindesalters jeglicher Art. Jährlich über 3000 Curgäste, die an den verschiedenen Arten von Rheumatismus, Gicht, chronischen Affectionen der weibl. Sexualorgane, Scrophulose etc. litten. Musik, Theater, Concerte, Tanzabende Spielplätze für Lawn-Tennis, Bodjo etc. Geschützte Meeresbucht zu Bootfahrten mit Segel-, Ruder- und Paddelböten. Direkte Eisenbahn- u. Dampfer-Verbindung. Broschüre u. Auskünfte über Wohnung durch die

(36) 5—3. **Bade-Commission.**

Thiocol „Roche“

bestes Guajacol-präparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.

Vorzügl. Anti-tubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche“

à 0,5 gr. bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Airol „Roche“

das beste, pulverförmige Antisepticum. Als Ersatz des Jodoforms in den meisten Kliniken im Gebrauch.

Vorteile: Absolute Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit und Reizlosigkeit.

Indikationen: **Wundbehandlung, Verbrennungen, Unterschenkelgeschwüre, Hornhautgeschwüre** und **Abscesse, Hypopyonkeratitis, Gonorrhoe, Metritis** etc.

Verordnung: Als Streupulver, Gaze, 10% Collodium, Bruns'sche Airolpaste, Glycerin-Emulsion und Salbe.

Allgemeine Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Co. Fabrik chem.-pharm. Produkte

Basel (Schweiz) ✳ ***Grenzach*** (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate. Eisen- u. Bromprotylin „Roche“.

Arsylin „Roche“

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Sulfosotsyrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für **Armen- und Kassenpraxis.**

Asterol „Roche“

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche“

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. **Thigenolseife** enthält 10% Thigenol „Roche“.

Digitized by Google

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle). Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.

Aerzte: Dr. C. Dapper (Besitzer). — Dr. F. Dengler. (60) 14—2.

Creosotal u. Duotal „Heyden"

sind anerkannt zuverlässige Medikamente gegen Lungen-Tuberkulose, Pneumonie, Bronchitis und Skrofulose. Frei von den zerrüttenden Nebenwirkungen, der Giftigkeit, dem üblen Geruch und Geschmack des Kreosots und Guajakols. Niemals Reizung des Magens oder Darmes. Kein Durchfall, kein Uebelsein, kein Erbrechen. Selbst in grossen Dosen äusserst zuträglich. In hohem Grade appetitanregend. Schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, Hebung des Ernährungs- und Kräftezustands, Verminderung von Husten und Auswurf. Phthisis ersten Stadiums schon in einigen Monaten heilbar.

Calodal. Leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur subkutanen, ganz besonders auch zur rektalen Ernährung und zur Darreichung per os als Kraftnährmittel. Calodal-Nährklysmen sind billig, leicht zuzubereiten, gut resorbierbar und setzen der Fäulnis im Darm einen grösseren Widerstand entgegen als andere Nährklysmen.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (23) 10—4.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Hôtel und Pension Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien. Friedrichroda i. Thür.

Prachtvolle, sonnige Lage. Ausführliche illustrierte Prospekte.

Klimatischer Wald-Kurort, Kumys- und Wasserheilanstalt

„POGULJANKA",

Besitztum des Grafen J. Plater-Syberg, 7 Werst von Dwinsk, (Dünaburg), auf dem hohen Ufer der Düna, in trockener, gesunder Gegend, inmitten eines alten, ausgedehnten Fichtenbestandes gelegen. Mit der Stadt Dwinsk Dampferverbindung. (Fahrzeit 20 Minuten).

Saison vom 1. Mai bis zum 1. September.

Echter Kumys aus Stutenmilch. — Neuaufgebaute Wasserheilanstalt mit allen erforderlichen Vorrichtungen der modernen Hydropathie (Wannenbäder aller Art, Hochdruck-Douchen verschiedener Systeme, Mineral- und Moor-Bäder, elektrische Wannen und Massage, Trockenluft- und Sonnenbäder). — 2 grosse Pensionate mit möblirten Zimmern. (Pensionspreis 1 Rbl. 50 Kop. bis 3 Rbl. für Kost und Logis pro Person und Tag. Ein 2-stöckiges Pension-Hôtel (Wintergebäude) aus 38 Zimmern am Ufer der Düna für gesunde Anreisende. Apotheke, Kurhaus mit Restaurant, Musik und Theater. 90 im Walde isolirt gelegene Datschen, vollständig möblirte und mit Geschirr, eignen sich vorzugsweise für Familien. (Preis von 200—500 Rbl. pro Saison, je nach der Anzahl von Zimmern). Konsultation mit Spezialärzten, Professoren aus St. Petersburg. Dr. Noischewsky's grosse Augenklinik. Auskunft erteilen: KURORTS-VERWALTUNG (Adresse: Post- und Telegr. Station Lixna, Gouv. Witebsk); bis zum 1. Mai Dr. med. E. Zebrowski (Kiew, Universitätsklinik von Prof. K. Wagner) oder Dr. Wosnessensky in St. Petersburg (Выборгская стор., Нюстадтская ул., д. № 11, кв. 7. (57) 2—2.

Digitized by Google

ВЫШЛА ИЗЪ ПЕЧАТИ КНИГА:

ПРАВДИВОЕ СЛОВО
ВЛАСТЯМЪ, ОБЩЕСТВУ и НАРОДУ
по поводу проекта новаго аптекарскаго устава,
Р. Р. КЁЛЕРА.

ОГЛАВЛЕНІЕ: Предисловіе.

Гл. I. Прошлое и настоящее аптекарскаго вопроса.

„Современный строй аптечнаго дѣла совершенно не согласуется ни съ требованіями науки, ни съ требованіями жизни".
„Да и вообще аптечное дѣло, какъ оно поставлено въ Россіи, одно сплошное недоразумѣніе".
(Проф. фармаціи Новоросс. Университета Блаубергъ).

Гл. II. Медицинскій Совѣтъ и его преобразованіе въ 1870 г.

„Малъ квасъ все смѣшеніе квааситъ". (I Коринѳ, V, 6).

Гл. III. Первые подвиги новыхъ дѣятелей въ Медицинскомъ Совѣтѣ.

„И рече (Ровоамъ): отецъ мой отягчи яремъ вашъ, азъ же приложу къ ярму вашему, отецъ мой наказа вы ранами, азъ же накажу скорпіами". (3-я кн. Цар. XII, 14).

Гл. IV. Защита Государственнымъ Совѣтомъ насущнѣйшей нужды народа.

„Всуе законы писати, когда ихъ не исполняти".
(Указъ Петра I-го 1722 года, Апр. 17)

Гл. V. Докторъ правъ и философіи, членъ С.-Петерб. Фармацевт. Общества и членъ Совѣта Министерства Внутр. Дѣлъ—исказитель ВЫСОЧАЙШАГО повелѣнія.

„Два разные смысла на каждый законъ
Со скоростью вихря подыскивалъ онъ".
(Б. А. Алмазовъ. На смерть стряпчаго).

Гл. VI. Кто виновенъ въ неисполненіи ВЫСОЧАЙШАГО повелѣнія?

„Кому, какъ не лисѣ, всѣ лисьи плутни знать?".
(И. А. Крыловъ).

Гл. VII. Кладбище для стремленій Правительства „поставить лѣкарства ближе къ народу".

„Есть ли между Вами такой человѣкъ, который, когда сынъ его попроситъ у него хлѣба, подалъ бы ему камень? И когда попроситъ рыбы, подалъ бы ему змѣю? (Ев. Матѳея VII, 9—10).

Гл. VIII. Nervus rerum.

„Пришелъ къ дьяку истецъ, говоритъ—Ты отецъ
Бѣдныхъ!
Кабы ты мнѣ помогъ—видишь денегъ мѣшокъ
Мѣдныхъ—
Я-бъ-те всыпалъ, ей-ей, въ шапку десять рублей,
Шутка!
—„Сынъ сейчасъ! сказалъ дьякъ, подставляя колпакъ,
Нутка!" (Гр. А. К. Толстой).

Гл. IX. Ultimae rationes защитниковъ аптечной монополіи.

а) Представленная г. Министру Внутрен. Дѣлъ московскимъ аптекаремъ, г. Феррейномъ, докладная записка.

„Creditur, quia absurdum est!"

б) Записка депутатовъ С.-П.-Б. Фармацевт. Общ. по поводу проекта новаго аптекарскаго устава. *„Epistola non erubescit".*

Гл. X. Изъ моихъ мемуаровъ и архива.

„Согласенъ ли ты къ графу написать
Своей рукой письмо? Я продиктую
Тебѣ его..." (Б. Алмазовъ „Графъ Аларкосъ").

Гл. XI. Проектъ новаго аптекарскаго устава. *„Изъ кулька въ рогожу".*

Гл. XII. Новый законопроектъ и внѣаптечное обслуживаніе населенія медикаментами. *„Timeo Danaos et dona ferentes".*

Гл. XIII. Между двумя стульями.

„И рече имъ Илія: доколѣ вы хромлете на обѣ плесни ваши? аще есть Господь Богъ, идите въ слѣдъ Его, аще же Ваалъ есть, то идите за нимъ". (3-я кн. Цар. XVIII, 21).

Гл. XIV. Итоги.

„Кто имѣетъ уши слышать, да слышитъ".
(Ев. Матѳея XIII, 9).

Открытое письмо аптековладѣльцамъ-фармацевтамъ.

Цѣна съ пересылкой 1 руб., съ прибавленіемъ копіи проекта и объяснительной къ нему записки—1 руб., 25 коп.

Продажа во всѣхъ Московскихъ, С.-Петербургскихъ, Царскосельскихъ и Нижегородско-ярмарочныхъ магазинахъ Товарищества „Р. Кёлеръ и Ко".

Bromipin. Ausgezeichneter Ersatz für Bromalkalien — besonders wertvoll in der Frauen- und Kinderpraxis. — Bromipin kann unbedenklich in grösseren Dosen gegeben werden. (12) 13—9.

Dionin. Ein mildes, relativ ungiftiges, in Wasser leicht lösliches Morphinderivat von hervorragender schmerz- und hustenstillender Wirkung. Ist in allen Fällen als Ersatzmittel für Morphium und Codeïn mit Nutzen zu verwenden.

Jodipin. Der beste Ersatz für Jodalkalien. Anerkanntes Mittel bei Lues, Bronchitis, Arteriosklerose, Skrophulose, Tuberkulosis incipiens, sowie in allen anderen Fällen, in denen Jodpräparate indiziert sind.

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Приглашается
опытный врачъ
въ имѣніе и заводы; жалованье въ годъ 1500 руб. при даровой квартирѣ съ отопленіемъ и освѣщеніемъ. Подробности узнать въ Конторѣ Графовъ Бобринскихъ, почтѣ Михайловск. Тульской губ.

Wasserheilanstalt
Traunstein-Oberbayern.
Sanatorium für Nervenkranke.
Das ganze Jahr geöffnet. Leiter und Besitzer Dr. med. G. Wolf.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.

Дозв. ценз. Спб., 14 Апрѣля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. №15

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
JUN 1 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 16 St. Petersburg, den 23. April (6. Mai). **1905.**

Inhalt: Dr. L. Nenadovics: Ueber die Verwertung der Schlamm- und Moorbäder in der Gegenwart und in der Vergangenheit. — Bücheranzeigen und Besprechungen: H. v. Tappeiner: Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. — Neuburger und Pagel: Handbuch der Geschichte der Medizin. — Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber die Verwertung der Schlamm- und Moorbäder in der Gegenwart und in der Vergangenheit.

(Vortrag, gehalten im St. Petersburger deutschen ärztlichen Verein am 17. Januar 1905.)

Von

Dr. L. Nenadovics (Franzensbad).

(Schluss).

Die Verwertung des Schlammes zu Heilzwecken reicht ganz in das Altertum hinein. Vetter schreibt in seinem Handbuche der allgemeinen Heilquellenlehre (1845), dass der Gebrauch von Dampf- und Schlammbädern aller Art den Römern nicht unbekannt war. Plinius erwähnt, dass man Badeschlamm bei Lähmungen gebraucht. Galen führt an, in Egypten und Alexandria gesehen zu haben, dass man bei Hydrops, alten Entzündungen und Oedemen und gewissen Schmerzen (diurni dolores) durch Einreibung des Badeschlammes (lutum, terra aegyptiaca) in gewisse Körperteile Heilerfolge erzielt habe.

«Die Schlammbäder», sagt Vetter weiter, «waren in Italien, wo der Schwefelmineralschlamm sich aus so vielen Quellen reichlich absetzt, nie ganz ausser Gebrauch gekommen. Insbesondere hatten die Bagni di fango zu Padua (Abano) und die zu Acqui sich stets eines grossen Rufes erfreut». Vetter führt einige Autoren des Mittelalters an, welche Badeschlamm empfohlen haben und fährt dann folgendermassen fort: «So benutzte man unter anderem den Eisenschlamm von Lauchstadt sehr häufig, und derjenige des Sauerbrunnens von Loka erlangte durch die auf den Rat des berühmten R. von Rosenstein ausgeführte Kur des von heftiger Migräne befallenen Königs Adolf Frederik einen bedeutenden Ruf. Der Schlamm von St. Amand war schon 1773 durch Morand verdientermassen bei Schwäche der Glieder, Gelenkgeschwülsten, schlechten Narben und Kontrakturen empfohlen worden. Bei Zuckert (1776) lesen wir folgendes: «Ueberhaupt aber hat dieses schlammigte oder fette Wesen die Kraft, die steifen Glieder und Nerven geschmeidig zu machen und zu erweichen. Zu diesem Zwecke legt man es als einen warmen Umschlag auf die Callosität der verrenkten Gelenke, auf die steifen kontrakten und gelähmten oder gedunsenen Glieder und auf die harten Geschwülste. In alten fressenden Geschwüren aber und nässenden Schäden hat dieser Schlamm wegen seiner Erde eine austrocknende, reinigende, die Feuchtigkeit absorbierende und gelinde anziehende Kraft». Gerle berichtet 1829 über das Franzensbader Mineralmoor, dass «es sich bis jetzt bei Lähmungen, Kontrakturen, bösartigen Geschwüren und hartnäckigen Hautausschlägen hilfreich erwiesen hat». Im Jahre 1840 berichtet Dr. A. Vetter, dass «die Schlammbäder nur in neuester Zeit ebenfalls sehr in Aufnahme gekommen sind. Dieselben werden vorgezogen bei torpiden Krankheitszuständen, chronischen Hautleiden, eingewurzelten Flechten, Rheumatismus und Neurosen». Ueber Franzensbader Moor äussert er sich folgendermassen: «Sein Reichtum an Eisenvitriol zeichnet denselben besonders aus, und macht ihn zu einem sehr bedeutenden Mittel bei Schwäche und Atonie des Hautorgans, und die Menge vegetabilischer Säuren (Humussäure u. s. w.) unterstützt diesen stärkenden Einfluss auf die Haut und das Gefässsystem an der Peripherie des Körpers». Fünf Jahre später stellt Vetter in dem oben erwähnten Handbuche für die Schlammbehandlung folgende Indikationen auf: «Von allen Mitteln dieser Klasse wirken die Schlammbäder am stärksten auf den Kreislauf in der Haut und Zellstoff, und kein Mineralwasser ist wie sie geeignet, die Folgen örtlicher Gewalttätigkeiten in der Haut, den Muskeln und motorischen Nerven zu heben, die Spannung und Empfindlichkeit schlechter Narben, die Anschwellung und Ablagerungen im Zellstoffe, infolge von Quetschung, Druck u. s. w., die durch Verwendung geschwächte Beweglichkeit des Muskels wiederherzustellen, Kontrakturen und Lähmungen, die durch eine Erregung an der peripherischen Seite gehoben werden können, zu heben, so wie endlich den Schlammbädern in allen Formen des P. Frank'schen Begriffes eine un-

Digitized by Google

gemein ausgezeichnete Wirksamkeit zukommt». «Schlammbäder von niedriger Temperatur», schreibt Vetter weiter», sind angezeigt, wie ihre warmen Genossen, nur mit dem allgemeinen Unterschiede aus den Temperaturen. Dieser Unterschied wird aber in der Praxis oft sehr wichtig, z. B. bei anormaler Gicht oder rheumatischer Dyskrasie, die besonders geneigt sind die Pleura und das Perikardium zu ergreifen; oder wo zugleich mit herpetischer, haemorrhoidaler Dyskrasie u. s. w. organische Leiden der grossen Gefässe, halbaktive Hyperämien der inneren Organe, Eiterungen obwalten». Für das Franzensbader Mineralmoor führt Vetter nun folgende Wirksamkeit (Indikationen) an: herpetische Leiden, atonische Skrofelleiden und Anämie (Eisensulfat!). Zur Bekämpfung der allgemeinen Dyskrasien, der Gicht, des Rheumatismus, metallischer Vergiftungen empfiehlt Vetter den Schlamm aus der Tiefe des Franzensbader Moorlagers, weil dieser mehr Schwefel und Humussäure enthält; ebenfalls angezeigt erscheint das Franzensbader Moor bei gewissen Formen profuser Schweisse (Schwefelvitriol), so wie bei Leiden, welche aus dem Zurücktreten des letzteren entstanden sind, selbst wenn sie den Charakter reiner Neurose haben». Die Teplitzer Schlammbäder lässt Vetter bei hartnäckigen chronischen gichtischen Leiden, bei Ankylose, bei chron. Hautausschlägen, namentlich denjenigen, welche mit der Gicht in Verbindung stehen und auf Atonie des Hautorgans beruhen, schliesslich in gichtisch-metastatischen Lähmungen anwenden. Ueber St. Amand berichtet Vetter, dass Gichtische, Rheumatische und Gelähmte den Mineralschlamm gebrauchen. Für Franzensbader Moorbäder stellt Dr. Lorenz Köstler 1847 folgende Indikationen auf: 1) Bei Krankheiten, welche in der Haut ihren Sitz haben und in Atonie, verminderter Kontraktilität begründet sind (rheumatische Lähmungen); 2) Bei Krankheiten, wo durch die Haut sekundär auf die Ummischung, den Stoffwechsel in der Säftemasse gewirkt wird, und so auf Drüsen und Lymphdrüsen; a) wo wegen veränderter Elastizität des Blutes anämisch-chlorotische Erscheinungen auftreten, b) bei Scorbut, c) bei allgemeiner Skrofelkrankheit d) bei heftigen venösen Mastdarmblutungen e) bei Gicht, f) bei Lähmungen. — Es ist die Tatsache hervorzuheben, dass man bei den angeführten Autoren keine Angaben findet über den Gebrauch der Schlamm- und Moorbäder gegen Frauenleiden. Der erste in dieser Beziehung ist Dr. Georg Lorenz Sommer, welcher 1848 über die Franzensbader Moorbäder angiebt, dass sie sich vorzugsweise bei schlaffen, weniger erregbaren Naturen überraschend heilsam bezeigt haben, und unter Punkt 6 der Indikationen die Krankheiten des Uterussystems, wie sie ebenfalls oben für die Franzensquelle bezeichnet, anführt; das sind die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, wenn sie aus einer allgemeinen oder blos örtlichen Schwäche und Erschlaffung hervorgegangen sind und besonders wenn sie mit Ueberfüllung und Stockungen in den Unterleibsorganen verbunden sind: Menstruatio praecox, Amenorrhoea, Metrorrhagia, Dysmenorrhoea, Schleim- und Blutflüsse, Bleichsucht, Neigung zum Abortus, die Unfruchtbarkeit, Senkung und Vorfall der Gebärmutter, Neigung derselben, Vor- und Rückwärtsbeugung, Hysterie. — Es scheint allerdings, dass man auch zu seiner Zeit gegen diese Leiden den Vorzug dem eisenhaltigen Mineralwasser der Franzensquelle gab, da ja diese Art Mineralwässer bereits einen von alters her begründeten Ruf bei der Heilung dieser Frauenleiden besass. Ich will es nicht unerwähnt lassen, dass Sommer der erste war, welcher Franzensbad ein Damenbad genannt hatte. Ueber die Verwertung der Franzensbader Moorbäder gegen gewisse Frauenleiden schreibt Dr. Friedrich Boschan 1850 ausführlicher als Dr. Sommer, obwohl er keine neue Indikationen aufstellt. Bemerkenswert ist es, dass Boschan als permanente Kontraindikationen: Verhärtungen und krankhafte Anschwellungen höheren Grades in der Bauch- und Beckenhöhle nennt, und in keinem Falle Moorbäder angewendet wissen will, wo die Verflüssigung und Ausscheidung zu steigern nächste Aufgabe ist, dagegen nur örtliche Anwendung von Moorumschlägen gegen Geschwülste und Verhärtungen empfiehlt, in welchen Fällen vorherrschend die zerteilende Wärme wirkt. Auch P. Cartellieri lässt in seiner Abhandlung 1866 die Paraperimetritis unerwähnt, dagegen stellt Hunnius 1869 als Indikation für die Schlammbäder in Hapsal auch die Beckenexsudate. Scanzoni 1863 lobt die Eisenmoorbäder bei Metritis chron. Ich werde nicht fehlschlagen, wenn ich annehme, dass die Behandlung der grossen entzündlichen Gruppe der Frauenkrankheiten durch Schlamm- und Moorbäder in den 70-er Jahren des vorigen Jahrhunderts ihren Anfang nahm (Flechsig 1888), und dass sich in den 80-er Jahren als neue Indikation das Fibromyoma uteri eingestellt habe (Weber in Staraja Russa 1881). Wenden wir uns zu den neueren Lehrbüchern der Balneotherapie, so erfahren wir von Prof. Glax (1897), dass die Schlammbäder angezeigt sind bei chron. Rheumatismus, Erkrankungen der peripherischen Nerven (Ischias), Scrophulose, bei Folgezuständen nach einem Trauma, bei chronischen Exsudaten, bei Syphilis und einigen chronischen Hautkrankheiten, ferner, dass die Moorbäder, ausser in den Fällen, welche eben angeführt wurden, noch eine hervorragende Rolle spielen bei Anämie und Frauenkrankheiten, bei Hyperhydrosis und einigen Hautkrankheiten. L. Bertenson (1901) fasst die Indikation für Schlamm- und Moorbäder in folgendem zusammen: chronischer Muskel- und Gelenkrheumatismus, Arthritis deformans, Gicht, chron. Entzündung der Prostata, Syphilis, scrophulöse und syphilitische Drüsen und Knochenkrankheiten, traumatische Gelenkentzündungen, Anästhesien, Lähmungen, Knochentuberkulose, Lähmungen nach schweren Wochenbetten (Beckenexsudate), Lähmungen nach Diphtherie und nach anderen infektiösen Krankheiten, falsche Ankylosen, krampfhafte Kontrakturen, besonders diejenigen peripherischen Ursprungs, aber auch solche, welche nach Gehirnhautentzündung zurückbleiben, hysterische Hyperästhesien und Lähmungen, chron. Becken-Exsudate, Entzündung des Peritoneums und des Zellgewebes um die Gebärmutter und die Adnexa, Neuralgien, besonders die traumatische und rheumatische Ischias, einige Hautkrankheiten wie psoriasis, acne, herpes tonsurans, favus etc.

M. H. Ich habe den Entwickelungsgang der Indikationen für die Schlamm- und Moorbehandlung in der Absicht angeführt, um zu veranschaulichen, dass die meisten und die Hauptindikationen bereits zu jener Zeit aufgestellt wurden, wo man noch keine Kenntnisse über die chemische Analyse und die physiologische Wirkung dieser Bäder besass. Schrieb ja doch im Jahre 1869 noch Julius Braun in seinem Lehrbuche der Balneotherapie über die Schlammbäder: «So dunkel ist demnach die Deutung ihrer Wirkung und so unklar die Begründung ihrer Indikationen», und das zu einer Zeit, wo man bereits auch die heute noch beibehaltenen Indikationen bereits aufgestellt hatte. Wir müssen an der Tatsache festhalten, dass diese Indikationen empirisch entstanden sind und durch die Erfahrung einer säcularen Praxis das Bürgerrecht auch in der modernen Medizin sich erworben haben. Die neuesten Untersuchungen und unsere zeitgemässen Kenntnisse über die physiologische Wirkung dieser Bäder ermöglichen es, die durch dieselben erzielten Heilerfolge verständlich zu machen und die Indikationen zielbewusst, wissenschaftlich zu handhaben. Als die einzige aus der blutdruckreduzierenden Wirkung der Moorbäder in neuester Zeit deduzierte Indication ist die Behandlung ge-

Digitized by Google

wisser Herz- und Blutgefässaffektionen zu nennen (Löbel).

M. H. Zum Schluss meiner Besprechung sei es mir noch erlaubt auf die Tatsache hinzuweisen, dass für die verschiedensten Schlamm- und Moorarten, beim Gebrauche der verschiedensten Temperaturen und für die verschiedensten Applikationsarten fast dieselben Indikationen bestehen. Es ist gerade nicht möglich diese Tatsache stillschweigend da belassen. — Solange man annahm, dass aus dem Bade durch die Haut fixe chemische Bestandteile in das Blut des Badenden gelangen, war man bestrebt die Indikationen entsprechend diesen chemischen Bestandteilen abzuleiten. Später kam die Lehre von der Belanglosigkeit der chemischen Bestandteile und als einziges wirksames Agens wurde die Temperatur erklärt. Es ist begreiflich, dass es auf Grund dieser Anschauung möglich wurde, für alle Schlamm- und Moorarten die nämlichen Indikationen aufzustellen. Dieser Verallgemeinerung erscheint noch mehr die zeitgemässe Auffassung der Wirkungsweise dieser Bäder günstig, welche ja für alle diese Bäder einen durch die Temperatur, die chemischen Bestandteile und die unlöslichen Stoffe bewirkten Hautreiz, respektive einen durch diesen Hautreiz bewirkten Reflex auf die tieferen Organe annimmt. Das Allgemeine bei allen diesen Bädern ist die wellenartige Beeinflussung der physiologischen Funktionen im Organismus, und für den Heileffekt ist ja nur die Veränderung dieser Funktionen ausschlaggebend. Dies würde uns erklärlich machen, warum für diese verschiedenen Bäder die gleichen Indikationen bestehen. Und doch scheinen meine Untersuchungen über die Wirkung der Franzensbader Moorbäder auf den Stoffwechsel zu einer Distinguierung der Indikationen veranlassen zu wollen. In der Tat, wir sahen, dass zwischen der Schwitzmethode und der Methode ohne Schwitzen ein qualitativer Unterschied besteht. Aus dieser Tatsache möchte ich für die Therapie die Regel ableiten, dass man der energisch eingreifenden Schwitzmethode solche Kranke zuweisen soll, bei welchen der Stoffwechsel herabgesetzt ist und deren Nervensystem sich in zufriedenstellendem Zustande befindet, dagegen der Methode ohne Schwitzen die schonungsbedürftigen Kranken zuweisen soll, deren Stoffwechsel hoch steht, bei welchen die Erregbarkeit des Nervensystems potenziert erscheint und eine Abmagerung oder Erschöpfung des Organismus vorhanden ist. Auch die blutdruckreduzierende Wirkung gewisser Moorbäder veranlasst uns in solchen Fällen der Herz- und Gefässaffektionen, wo der Blutdruck hoch steht, nur diese, und keine anderen Bäder zu wählen.

Literatur.

1) Dr. Friedrich Boschan: Die salinischen Eisenmoorbäder zu Franzensbad. etc. Wien 1850.

2) Dr. Julius Braun: System. Lehrbuch der Balneotherapie. II. A. Berlin, 1869.

3) L. Bertenson: Die Heilwässer, die Schlamm- und Meeresbäder. St. Pbrg. 1901. russ.

4) Dr. P. Cartellieri: Das Klima und die Heilmittel von Franzensbad. Frzb. 1866, 1870 u. 1884.

5) Prof. A. Eulenburg und R. Samuel: Lehrb. der allg. Therapie etc. Wien—Leipz. 1898. Kisch: Balneotherapie. Winternitz und Strasser: Hydrotherapie.

6) Dr. R. Flechsig: Handbuch der Balneotherapie. Berlin, 1888.

7) Dr. Fellner: Neuere Untersuch. über die Wirkung der Moorbäder. Berlin, 1883.

8) Dr. Julius Glax: Lehrbuch der Balneotherapie, 1897, 1900.

9) Dr. A. Gerle: Böhmens Heilquellen, Prag 1829.

10) Dr. K. Hunnius: Ueber die Schlammbäder von Hapsal. St. Pbrg. 1869, russ.

12) Dr. Lorenz Koestler; Ein Blick auf Eger-Franzensbad. Wien 1847.

13) E. Heinrich Kisch: Balneotherapie der chron. Krankheiten. Wien. 1866.

14) E. Heinrich Kisch: Prag. m. Wochenschrift 1896, 21. (Ueber Moorgürtel).

15) Dr. B. A. Libow: Ueber die Schlammbehandlung. St. Pbrg. russ.

16) Dr. B. A. Libow: Ueber die physikalischen Eigenschaften des Heilschlammes etc. Wratsch, 1897. 7. russ.

17) Prof. E. Ludwig: Ueber den Franzensbader Mineralmoor. Wien 1900.

18) Prof. E. Ludwig: Ueber einige Moore, welche zu Bädern verwendet werden. Chrobak's Festschrift.

19) Dr. A. Löbel: Die Blutdruckreduc. Werte der Moorbäder D. M. Z. 1903.

20) Dr. A. Löbel: Zeitschrift für diät. u. phys. Ther. 1903 Okt. (Behandlung der Herzaff. mit Moorbädern).

21) Dr. Max Matthes: Lehrb. der klin. Hydrotherapie. Jena 1900.

22) Dr. L. Nenadovics: Die Beh. der Frauenkrankh. in Franzensbad. J. Ak. i. Z. Bol. 1901, russ. Dasselbe (kürzer): Wien. m. Presse 1902.

23) Dr. L. Nenadovics. Ueber die Wirkung der Franzensb. Moorb. auf die physiol. Vorgänge etc. Allg. Wien. m. Z. 1902.

24) Dr. L. Nenadovics: Dasselbe Thema. Polem. Brochure. Budapest 1903.

25) Dr. L. Nenadovics: Zur Balneotherapie der Frauenkr. W. m. Presse 1904.

26) Dr. F. W. v. Scanzoni: Die chron. Metritis, 1863.

27) Dr. Georg Lorenz Sommer: Kaiser Franzensbad etc. Eger 1848.

28) Dr. Jos. Seegen: Compend. der allg. u. spec. Heilquellenlehre. Wien 1857—1858.

29) Dr. August Vetter: Allgem. Brunnen- u. Badebuch. Berlin, 1840.

30) Dr. August Vetter: Handbuch der allg. Heilquellenlehre Berlin, 1845.

31) Dr. F. D. Weber: Ueber die Heilmittel von Staraja Russa. St. Pbrg. 1881, russ.

32) Johann Friedrich Zuckert: System. Beschreib. aller Gesundbrunnen Deutschlands II. A. Königsberg 1776.

Anmerkung: Weitere Literatur s. in den angeführten Abhandlungen des Verfassers.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. v. Tappeiner: Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. Leipzig, Vogel, 1904.

Die 5. Auflage dieses beliebten Lehrbuchs hat bei der Masse von neuen Arzneimitteln, die täglich fast auf den Markt geworfen werden, eine Neubearbeitung des Stoffes gebracht. Die Vorzüge des Buches sind die alten geblieben. Kürze, Uebersichtlichkeit und praktische Anordnung des Stoffes nach dem therapeutischen System, bei Berücksichtigung nur der wesentlichen Ergebnisse der experimentellen Pharmakologie, erleichtern das Studium für den Studierenden und Arzt. Die allerneusten Mittel, die noch wenig erprobt sind, finden sich am Schlusse des Buches kurz zusammengestellt.

B.

Neuburger und Pagel: Handbuch der Geschichte der Medizin. XI. Lieferung. Fischer.

Vorliegende Lieferung bringt die Fortsetzung der im vorigen Hefte begonnenen Geschichte der Chirurgie in der Bearbeitung von Helfreich. Die äusserst sorgfältige und ausführliche Darstellung des Entwicklungsganges der einzelnen Operationsmethoden, so wie die planmässige historische Behandlung verschiedener Eingriffe (Narkose, Transfusion etc.) geben dem Werke hervorragenden wissenschaftlichen Wert und ein gefälliger Stil macht die Lektüre zu einer angenehmen Unterhaltung.

Die Aufmerksamkeit der Kollegen sei hiermit nochmals auf das nunmehr hoffentlich bald vollkommen beendet vorliegende Werk gelenkt.

Wichert.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Geselischaft zu Dorpat.

Sitzung vom 10. November 1904.

Terrepson beginnt seinen angekündigten Vortrag über Blasentuberkulose mit der Schilderung eines Krankheitsfalles. Der Patient infizierte sich im August 1902 mit Gonorrhoe, deren Diagnose makroskopisch gestellt wurde. Am 8. Tage trat Fieber von 39,5 ein. Der zu Rate gezogene

Digitized by Google

Arzt konstatierte Typhus, trotzdem das Sensorium frei, die Zunge weder rissig noch schmerzhaft und keine Diarrhöen vorhanden waren. Nachdem Patient mit einer Temperatur von 37,2 abends nach 4-wöchentlichem Krankenlager sein Bett verlassen hatte, stellte sich am 41. Tage eine linkseitige schmerzlose Epididymitis ein. Auf Anraten des Arztes begab Pat. sich nun nach Dorpat, wo der behandelnde Kollege den überstandenen Typhus ausschliessen zu können glaubte und dem Patienten Bettruhe nebst Aspirin verordnete. Pat. lag vom Nov. 1902 bis zum März 1903. Die Hodengeschwulst nahm während dessen kontinuirlich zu. Nach einer Konsultation kamen 30 Innunctionen von Ung. cin. zur Anwendung, die jedoch die Schwellung nicht beseitigten. Bei einer weiteren Konsultation des Herrn Dr. R. wurde eine Pleuritis sicca festgestellt, die rasch verging. Die Temperaturen hielten sich zwischen 37,5—38,1 abends. Am 15. April 1903 wurde durch Prof. Z. der linke Hode nebst vas deferens entfernt und tuberkulös befunden. Darauf nahm Pat. seinen Sommeraufenthalt in Elwa. Der Ausfluss aus der Urethra bestand nach wie vor und hatte das Aussehen eines dünnflüssigen grauweissen Schleimes. Der Pat. wurde in dieser Zeit mit Höllenstein-injektionen behandelt. Im Januar 1904 wurde der Pat. mir von Dr. R. überwiesen. Ich behandelte ihn mit schwachen Katheterspülungen von Kalipermanganat. Der Harn enthielt Tuberkelbazillen, die sich in den Fädchen vorfanden. Bald darauf wurde von mir eine rechtseitige Coxitis incipiens festgestellt, die, von Prof. Z. v. M. bestätigt, nach anfänglicher Behandlung mit Injektion von Jodoformglycerin schliesslich zur Resektion des Femurkopfes führte. Nach abermaligem Sommeraufenthalt in E. trat Pat. wieder in meine Behandlung. Harn leicht getrübt, von saurer Reaktion, spez. Gew. 1023. Zucker, Eiweiss, Indican, Cylinder fehlen, Eiterkörperchen und Tuberkelbazillen vorhanden. (Demonstration des Harnes neben einem typischen Cystitisharn.) Patient erhält momentan Creosotal, macht täglich Zink-Jodoformemulsions-Injektionen in die vordere Urethra, 2 mal wöchentlich Blasenirrigationen mit Kali hypermanganic. 1:6000. Der letzte Harn enthält ebenso wie der erste Tuberkelbazillen. Pat. fühlt sich beschwerdefrei. Der Ausfluss sistiert, es sind weder Schmerzen, noch vermehrter Mictionsdrang vorhanden. Der Harn leicht getrübt, enthält wenig Fädchen.

Die Blasentuberkulose ist selten primär, sie stellt gewöhnlich eine sekundäre Infektion von Seiten der Lungen, des Harn- oder Genitaltraktus dar. Die Infektionen sind nach neuesten Forschungen wohl descendierender Natur. Schuchardt, Fernet, Heller, Schütt, bedingt auch Kraske, geben eine urethrale ascendierende Infektion zu. Nach Lindmann und Lehmann gibt die rituelle Circumcision mitunter die Ursache für benannte Infektion ab. Die letzten Untersuchungen machen die ektogene Infektion sehr unwahrscheinlich. Daher ist es bei jeder Blasentuberkulose sehr wichtig Nieren, Prostata, Samenbläschen und Hoden auf Tuberkulose zu untersuchen. Die Erscheinungen des Katarrhes können subjektiv von einer absoluten Null bis zu den stärksten Schmerzen nebst Blutungen ausgesprochen sein. Was das unterschiedliche Verhalten des tuberkulösen Harns von anderem Cystitisharn anbetrifft, so unterscheidet er sich im Anfangsstadium 1) durch seine saure Reaktion 2) durch seine mehlstaubartige Trübung und 3) durch seine leichte Beweglichkeit. Die Unterschiede im Aussehen des Harns schliessen sich eng an das pathologisch-anatomische Bild an. Der Cystitisharn enthält viel Mucin, der tuberkulöse wenig (circumscripte Entzündungsherde), ersterer viel freie Leukocyten, letzterer wenig Eiterbröckelchen. Der tuberkulöse Harn ist also dünner, daher leichter beweglich. Die Schilderung des tuberkulösen Harns in Punkt 2 und 3 ist mir in der Literatur nicht begegnet. Roosing hält eine jede Cystitis mit saurem Harn für tuberkulös, König die Hälfte aller Cystitiden, in denen Eiter und Schleim entleert werden. Die Therapie zerfällt in eine örtliche, eine allgemein roborierende und eine indirekt causale. Oertlich werden gut vertragen Borsäure, Kalihypermanganat, Guajac und Sublimatinstillationen nach Guyon. Verpönt sind harte Katheter, Höllenstein und Sonden. Zur allgemein roborierenden Kur gehören neben guter Ernährung Creosotal, Duotal und Injektionen von Hetol. Der Löwenanteil der Behandlung aber fällt der indirekt causalen Therapie zu. König entfernte mit viel Erfolg tuberkulöse Nieren und erzielte Ausheilung der Blasentuberkulose. Es ist merkwürdig, dass die Blase oft jahrelang das Herabströmen des tuberkulösen Harns ertragen kann, ohne selbst zu erkranken. Das sind die Fälle von vorgetäuschter Blasentuberkulose. Ebenso schwer als die Blase erkrankt, ebenso leicht kann sie auch gesunden. Die Gründe liegen wohl in der guten Durchspülung und Kontraktilität. Bewiesen wird das durch die experimentellen Versuche, die Blase mit Tuberkulose zu infizieren. Sie gelang Roosing nur nach vorhergesetzter Verletzung der Blasenschleimhaut,

Baumgarten aber sah nach Einführung von Tuberkelbazillen in die Blase eine Lungentuberkulose auftreten, ohne dass die Blase erkrankt war. Blasentuberkulose kann ausheilen.

Motz teilt 8 Fälle mit, von denen 6 ohne jede lokale Therapie ausheilten. In einem Falle wurde curettiert und Guajacol instilliert, im letzten Falle durch Sublimat vollkommene Heilung erzielt. Von den lokal nicht behandelten Fällen wurden 4 nephrektomiert. Er legt in den schwersten Fällen das Gewicht auf Entfernung des primären Herdes im Genital- oder Harntraktus.

Bei primärer Blasentuberkulose empfiehlt sich der suprapubische Blasenschnitt mit nachfolgender Curettierung und Aetzung (Baudler, Casper). Unser Patient hat eben eine linkseitige Prostatatuberkulose. Wo man in diesem Fall operieren soll, ist allerdings unklar. Zur Vervollständigung des Bildes ist noch zu sagen, dass die Geschwüre meist am Trigonum Lieutaudii liegen, wo die Ureteren münden und die Prostata und Samenblasen in unmittelbarer Nähe sind.

Der Vortrag entsprang der Absicht, die Kollegen auf chronische Cystitiden ohne klare Aetiologie aufmerksam zu machen, sie zu veranlassen auf das makroskopische Aussehen des Harnes und seine Reaktion zu achten und sie vor allen Dingen vor einem Missgriffe mit Höllenstein zu bewahren: nil nocere ist ja eine unserer anerkanntesten Maximen.

(Autoreferat).

Diskussion:

Dr. v. Swirsky fragt, seit wann das Sublimat bei Blasentuberkulose angewandt wird. Noch im Jahre 1890 empfahl Burkhardt die Lokalbehandlung der erkrankten Schleimhautpartien mit 10 pCt. Argentumlösung und zwar unter Leitung des Cystoskopes.

Terrepson: Die Sublimatinstillationen werden seit c. 5 Jahren empfohlen, sie sind schmerzhaft, doch ist die Besserung auffallend, wie er es noch eben an einem im Hospital behandelten Patienten erfahren hat. Die Argentumbehandlung ist nicht ratsam; auch T. hat im Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit in einem Falle von Tuberkulose der Prostata, den er für einfache Hypertrophie der Drüse hielt, dies bestätigt gefunden; der Erfolg der Therapie war ein desolater.

Truhart fragt, ob die Kastration auf Grund der Diagnose Tuberkulose erfolgte und wie gross die angewandten Hetoldosen waren.

Terrepson: Prof. Z. hat die Entfernung des Hodens offenbar vorgenommen nach Sicherstellung der Diagnose. Die Hetolinjektionen erreichten die Höhe von 4 Centigramm, allmählich steigend.

Truhart berichtet im Anschluss daran über einen Fall von Tuberkulose der Epididymis aus seiner Praxis, den er vor 2 Jahren beobachtet hat. Bei dem Pat., der ihn wegen einer Geschwulst des linken Hodens konsultierte, bestanden leichte abendliche Temperatursteigerungen. Hereditäre Belastung lag vor. Da der Gedanke der Kastration den Pat. sehr deprimierte, proponierte T. eine Konsultation mit Prof. D.: dieser stimmte der Diagnose — Tuberkulose der Epididymis — vielleicht sekundärer Natur, da Pat. einen suspekten Lungenkatarrh durchgemacht hatte — bei und war für baldige Operation, Truhart war zunächst dagegen und zwar 1) weil Pat. sehr herunter war, fieberte und 2) wegen der zu erwartenden psychischen Depression. Im Harn Tuberkelbazillen nicht vorhanden. Prof. Z., der herangezogen wurde, fand beide Samenbläschen etwas gedrungen, also wohl ebenfalls affiziert, weshalb er sich T. anschloss, da die Prognose der Operation dubiös erschien. Pat. wurde nun einer 6-wöchentlichen Mastkur mit Körpermassage unterworfen, gleichzeitig Hetolinjektionen. Während derselben trat im Beginn etwas stärkere Hyperaemie und Schwellung der Epididymis und des Samenstranges auf, das Körpergewicht stieg um c. 30 Pf. und der Zustand des Patienten hob sich augenfällig. Allmählich schwand die Schwellung der Samenbläschen, die Geschwulst des Nebenhodens wurde weicher, die Fiebersteigerungen sistierten. Nun waren sowohl T. als Prof. Z. für die Operation, auf welche Patient auch einging: es wurde die Epididymis entfernt und der an einer Stelle erkrankte Hoden curettiert, die nachbleibende Fistel schloss sich im Laufe der folgenden 5–6 Monate, Pat. erfreut sich jetzt einer vortrefflichen Gesundheit. Was die hereditäre Belastung anbelangt, so litt eine Schwester an tuberkulöser Coxitis, die von Prof. Z. vor 10 Jahren erfolgreich operiert worden war, ein Bruder hatte eine tuberkulöse Pneumonie durchgemacht, welche ohne bleibende Folgen ablief. Zum Schluss betont T. den augenscheinlichen günstigen Einfluss der Hetolinjektionen bei Urogenitaltuberkulose, wie ihn auch Terrepson konstatieren konnte.

Dr. W. Hollmann demonstriert einen Inhalationsapparat, der nach seinen Angaben verfertigt ist und den Zweck hat, den Spray weiter wirksam — speziell bis auf die Kehlkopfschleimhaut — zu machen.

(Die genaue Beschreibung und Anwendungsweise des Apparates soll in der St. Petersburg. Med. Wochenschrift erfolgen).

Digitized by Google

Pfaff fragt, ob bei Anwendung des Apparates nicht Brechreiz hervorgerufen werde, was Dr. H. verneint unter der Voraussetzung, dass man den unter der Röhre gelegenen Spatel vorsichtig auf der Zunge hineingleiten lässt.

Sekretär: Dr. Th. Lackschewitz.

Vermischtes.

— Bekanntlich hat in Deutschland seit 4 Jahren der junge Mediziner nach abgelegtem Examen noch ein praktisches Jahr zu absolvieren, ehe ihm die Approbation als praktischer Arzt erteilt wird. In der neuen ärztlichen Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901 heisst es:

§ 59. «Nach vollständig bestandener ärztlicher Prüfung und in der Regel im unmittelbaren Anschluss an diese hat der Kandidat sich ein Jahr lang an einer Universitäts-klinik, Universitäts-Poliklinik oder an einem besonders dazu ermächtigten Krankenhaus innerhalb des Deutschen Reichs unter Aufsicht und Anleitung des Direktors oder ärztlichen Leiters als Praktikant zu beschäftigen und von dieser Zeit mindestens 1/3 Jahr vorzugsweise der Behandlung von innern Krankheiten zu widmen. Die Ermächtigung erfolgt durch den Reichskanzler in Uebereinstimmung mit der Zentralbehörde desjenigen Bundesstaats, in dessen Gebiet das Krankenhaus gelegen ist, im Reichslande mit dem Ministerium für Elsass-Lothringen. Ein Verzeichnis der ermächtigten Krankenhäuser wird alljährlich vom Reichskanzler veröffentlicht. Die Wahl der Anstalten steht dem Kandidaten frei; ein mehr als zweimaliger Wechsel ist jedoch nur mit Genehmigung der für die Approbation zuständigen Zentralbehörde zulässig.

§ 60. Während des praktischen Jahres, ... hat der Kandidat seine praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vertiefen und fortzubilden, sowie auch ausreichendes Verständniss für die Aufgaben und Pflichten des ärztlichen Berufs zu zeigen. Nach Ableistung erhält er darüber ein Zeugniss. In demselben ist die Art der Beschäftigung des Praktikanten eingehend zu würdigen. Scheidet der Kandidat vor Beendigung des praktischen Jahres aus der Anstalt aus, so ist ihm über seine bisherige Beschäftigung in entsprechender Weise ein Abgangszeugniss zu erteilen».

§ 61. . . . «Die an Anstalten der in § 59 u. 60 bezeichneten Art ausserhalb des Deutschen Reichs ausgeübte Tätigkeit kann nur ausnahmsweise als ausreichend betrachtet werden».

Nachdem schon früher dem Deutschen Hospital in London die Ermächtigung zur Annahme von Praktikanten erteilt worden, ist nunmehr auch dem Deutschen Alexander-Hospital für Männer in St. Petersburg die Zulassung von Kandidaten der Medizin zur Ableistung des praktischen Jahres bewilligt worden. Im Auftrage des Herrn Reichskanzlers hat das Kaiserlich-Deutsche Generalkonsulat hierselbst dem Direktor des Hospitals bekannt gegeben, dass eine den Zeitraum von sechs Monaten nicht übersteigende praktische Tätigkeit am genannten Krankenhaus bei Absolvierung des praktischen Jahres gestattet ist.

— Ordensverleihungen: Der Weisse Adlerorden — dem beratenden Mitgliede des Medizinalrats, Geheimrat Prof. emer. Dr. Mierzejewski. Der St. Annenorden I. Klasse — dem Oberarzt des Nikolai-Marinehospitals in Kronstadt, Ehrenleibmedikus, wirkl. Staatsrat Dr. Issajew und dem Medizinalinspektor des abgeteilten Korps der Grenzwache, Geheimrat Dr. Schapirow. — Der St. Stanislausorden I. Klasse — dem Oberarzt des Sewastopolschen Marinehospital, wirkl. Staatsrat Dr. Kyber und den Konsultanten der St. Petersburger Anstalten der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsräten DDr. Kuskow, Trachtenberg, Rybalkin und Nikitin. Der St. Stanislausorden II. Klasse — dem wirklichen Mitgliede des St. Petersb. Instituts für Experimentalmedizin und Chef der epizootologischen Abteilung derselben, Staatsrat Dr. Alexander Wladimirow. — Der St. Wladimirorden III. Klasse — dem Oberdirektor der finnländischen Medizinalverwaltung, wirkl. Staatsrat Dr. v. Wahlberg. — Der St. Wladimirorden IV. Klase: dem jüngeren Ordinator des hiesigen Obuchowhospitals, Staatsrat Dr. Wladislawlew (Redakteur des «Russ. Wratsch»).

— Befördert: Zum Geheimrat — der Oberarzt des St. Petersburger Marinehospitals und Medizinalinspektor des St. Petersb. Hafens, Ehrenleibmedikus Dr. Rambach und das beratende Mitglied des Medizinalrats, Leibakkoucheur Dr. Ott.

— Der stellv. Oberarzt der heiligen Dreifaltigkeitsgemeinschaft barmherziger Schwestern, verabschiedeter Staatsrat Dr. Paul Franck, ist zum Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Der Prof. ord. der Geburtshülfe und Gynäkologie an der militär medizinischen Akademie Dr. Georg Rein wurde in der Würde eines Professors emeritus bestätigt.

— Der ältere Chirurg des St. Petersburger Nikolai-Kinderhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Victor Emanuel Severin, ist nach 30-jährigem Dienst an diesem Hospital auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden.

— Der freipraktizierende Arzt Rachmaninow ist zum Ehrenkurator des 3. Kiewschen Gymnasiums auf 3 Jahre, gerechnet vom 1. Januar d. J., ernannt worden.

— Der bisherige ausseretatmässige ordentliche Professor der Charkower Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Popow, ist als ordentlicher Professor der genannten Universität auf dem Lehrstuhl der Pharmakologie, Toxikologie und Balneologie bestätigt worden.

— Die Privatdozenten der militär-medizinischen Akademie Dr. Malkow und Dr. Lobanow sind in den Dienst des Ministeriums der Volksaufklärung übergeführt worden, und zwar ersterer als ausserordentlicher Professor auf den Lehrstuhl der speziellen Pathologie und Therapie an die Kiewer Universität, letzterer als ausserord. Professor auf den Lehrstuhl der Augenheilkunde an die Tomsker Universität.

— Zum Gehülfen des Jelissawetpolschen Gouvernementsarztes ist der frühere ausseretatmässige Medizinalbeamte des Medizinaldepartements, Staatsrat Dr. Schiermann, ernannt worden.

— Der Revaler Arzt Dr. Gerhard v. zur Mühlen ist, der «Rev. Ztg.» zufolge, zum aktiven Militärdienst einberufen und nach Omsk abkommandiert worden, wo ein empfindlicher Aerztemangel herrschen soll.

— Dr. Richard v. Gernet zu Lemburg (Livland), welcher zum Militärdienst einberufen war, ist vom Dienst befreit worden.

— Die Prinzessin Sibylle von Reuss hat sich auf den Kriegsschauplatz begeben, wo sie als Oberschwester in die Sanitäts-Kolonne der Grossfürstin Maria Pawlowna eintreten will.

— Die Exekutiv-Kommission der Hauptverwaltung des «Roten Kreuzes» hat sich an die Kurländische Verwaltung des «Roten Kreuzes» mit der Anfrage gewandt, ob nicht von den in Kurland lebenden Aerzten einige bereit seien, im Auftrage des «Roten Kreuzes» nach dem Fernen Osten zu gehen. Die Engagements-Bedingungen sind folgende: 500 Rbl. Reisegelder, 350 Rbl. monatliche Gage und auf der Reise 3 Rbl. Tagegelder.

— Verstorben: 1) Am 11. April in Moskau der bekannte Kliniker Dr. Michael Tscherinow, Prof. ord. auf dem Lehrstuhl der medizinischen Diagnostik und klinischen Propädeutik an der dortigen Universität, im 67. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Moskauer Universität, an welcher er auch im J. 1862 den Arztgrad erlangte. Nachdem er sodann behufs weiterer Vervollkommnung seine Studien in Würzburg, Heidelberg. Wien und Berlin fortgesetzt hatte, habilitierte er sich 1867 als Privatdozent für Pathologie und Therapie an der Moskauer Universität, die ihn einige Jahre später zum Professor der med. Diagnostik und Leiter der propädeutischen Klinik wählte. Da er sich in Moskau eines grossen Rufes als Spezialist für innere Krankheiten erfreute, so hatte er neben seiner Lehrtätigkeit eine ausgebreitete Privatpraxis. Ausserdem war er viele Jahre hindurch Stadtverordneter und Präses der Sanitätsabteilung der städtischen Kanalisationskommission. Seine zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlichte er in Virchows «Archiv» und in russischen Fachzeitschriften. Prof. Tsch. war mit der bekannten Opernsängerin Van-Zandt verheiratet. 2) Der ältere Arzt der 16. Flottenequipage Dr. Demetrius Kusnezow im Alter von 45 Jahren. Die Venia practicandi hatte er im J. 1883 erlangt. 3) Am 4. April in Moskau der Fabrikarzt Dr. Nikolai Afonski im 43. Lebensjahre nach 16-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Warschau der freipraktizierende Arzt Eugen Frankenstein im 55. Lebensjahre. Der Verstorbene hat dort seit 1875 als Arzt für innere Krankheiten gewirkt. 5) In Giessen am 16./29. April der Senior der dortigen medizinischen Fakultät, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Conrad Eckhardt, im Alter von 84 Jahren. Trotz seines hohen Alters fungierte der Hingeschiedene bis zu seinem Lebensende als Professor der Physiologie und Direktor des physiologischen Instituts an der Universität Giessen.

— Für den in Lissabon im April 1905 stattfindenden 15. internationalen medizinischen Kongress hat

Digitized by Google

sich hier ein Organisationskomitee für die russische Sektion des Kongresses unter dem Vorsitz von Prof. W. Tarnowski gebildet. Zum Komitee gehören die Professoren Weljaminow, J. P. Pawlow, Ssirotinin, Ott, Mierzejewski, Lebedew und der Leibmedikus Bertenson.

— Wie verlautet, werden den am bevorstehenden internationalen Kongress für Geburtshülfe und Gynäkologie in St. Petersburg teilnehmenden hebräischen Aerzten keine Passschwierigkeiten gemacht und den ausländischen Teilnehmern ihre Pässe in den russischen Gesandtschaften anstandslos visiert werden.

— Die Ausgabe des Märzheftes des «Journals der Gesellschaft Russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow», in welchem über den letzten Pirogow-Kongress berichtet wird, ist, den «Russ. Wed.» zufolge, bis auf weitere Verfügung inhibiert worden.

— Wie aus Jalta telegraphisch mitgeteilt wird, wurde dort die Sitzung der Jaltaschen Sektion der Russ. Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, in welcher Dr. P. P. Rosanow seinen auf dem Anticholerakongress in Moskau gehaltenen Vortrag verlesen sollte, vom Gouverneur verboten.

— 77. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. Zu der diesjährigen Tagung deutscher Naturforscher und Aerzte, die vom 24. bis 30. September in Meran stattfinden wird, hat der geschäftsführende Ausschuss schon jetzt die Einladung ergeben lassen. Trotz der auf der letzten Versammlung in Hamburg durchgeführten Vereinigung von mehreren verwandten Fächern, besteht die naturwissenschaftliche Hauptgruppe noch aus 13, die medizinische aus 17 Abteilungen, in denen Fragen von spezialwissenschaftlichem Interesse zu behandeln sein werden. Gegenstände von allgemeinem Interesse werden in den allgemeinen Sitzungen am 25. und 29. September erörtert werden. In einer für den Vormittag des 28. September in Aussicht genommenen Gesamtsitzung der beiden wissenschaftlichen Hauptgruppen wird Professor Langley (Cambridge) über die neueren Erfahrungen in der Nervenlehre sprechen, während Professor Correns (Leipzig) und Professor Dr. Heider (Innsbruck) die Vererbungsgesetze behandeln werden. Am Nachmittag des gleichen Tages finden in jeder der beiden Hauptgruppen gemeinsame Sitzungen statt, für die die Themata vorläufig noch nicht fest bestimmt sind. Dies wird in dem ausführlichen Programm geschehen, dass im Juli von der Geschäftsführung veröffentlicht werden wird. Für die Abteilungssitzungen sind der Nachmittag des 25., sowie der 26. und 27. September frei gehalten.

— Zweiter Kongress der russischen Psychiater in Kiew. Die Kiewer psychiatrische Gesellschaft hat die Erlaubnis erhalten, den II. Kongress der russischen Psychiater einzuberufen und diesen auf die Zeit vom 5.—11. September d. J. festgesetzt. Zur Organisation des Kongresses hat die Gesellschaft ein Komitee aus ihrer Mitte gewählt, welches aus dem Präsidenten Prof. J. A. Ssikorski, den Vizepräsidenten Prof. Obolonski und Prof. Lapinski, den Mitgliedern Privatdozenten Netschai, Kortschak-Tschepurkowski und Sselecki, Dr. Podrjesan und Dr. Maximow, sowie den Sekretären DDr. Dobrogajew, A. G. Ssikorski und S. Fleischmann besteht. Mit dem Kongress wird eine Ausstellung von wissenschaftlichen Instrumenten, Apparaten, Photographien, Plänen von Heilanstalten und anderen auf die Neuropathologie und Psychiatrie bezüglichen Objekten verbunden sein.

Wegen näherer Auskünfte beliebe man sich an das Organisationskomitee unter der Adresse des Präsidenten Dr. J. A. Ssikorski (Kiew, Jaroslawow-Wal 15) zu wenden.

— Welche enorme Kosten der gegenwärtige Krieg dem «Russischen Roten Kreuz» verursacht, ersieht man aus dem Voranschlag dieser Kosten für den April-Monat, zu deren Deckung nicht weniger als 734,959 Rbl. seitens der Gesellschaft erforderlich sind. Die grössten Ausgaben verursachen: die Festlandlazarette mit 7000 Betten (à 1 R. 25 Kop. täglich) — 262,000 Rbl., die schwimmenden Lazarette — 13,000 Rbl., die psychiatrischen Lazarette 7000 Rbl. der Unterhalt des südlichen Rayons — 100,000 Rbl., des nordöstlichen 200,000 Rbl., die Evakuationsabteilung — 80,000 Rbl., die Beschaffung von Lebensmitteln und Heizmaterial — 100,000 Rbl. u. s. w.

— Zum Vorsitzenden des nächstjährigen deutschen Chirurgenkongresses hat die deutsche Gesellschaft für Chirurgie den Professor der Chirurgie Dr. Körte (Berlin) gewählt.

— Der erste Röntgen-Kongress, welcher von der i. J. 1898 gegründeten «Röntgen-Vereinigung» einberufen worden war, wurde am 17./30. April in Berlin unter ausserordentlicher Beteiligung deutscher und ausländischer Fachleute eröffnet. Bereits am Tage der Eröffnung zählte der Kongress etwa 500 Teilnehmer. Es war die Absicht der «Röntgenvereinigung», für den berühmten deutschen Gelehrten Prof. Dr. Röntgen (München), dem die Welt und die Wissenschaft diese epochemachende Entdeckung verdankt, mit diesem Kongress eine Huldigung zu verbinden. Leider war er aber in seiner Bescheidenheit, um allen Ovationen aus dem Wege zu gehen, dem Kongress ferngeblieben. Ebenso konnte der Ehrenvorsitzende Prof. E. v. Bergmann an dem Kongress nicht teilnehmen, da er zur Wiederherstellung seiner Gesundheit zu einem Aufenthalt im Süden gezwungen ist.

Der Vorsitzende der «Röntgen-Vereinigung» Prof. Eberlein (Berlin) erinnerte in seiner Eröffnungsrede daran, dass die Entdeckung der Röntgenstrahlen eine deutsche Errungenschaft ist, dass sich der Ausbau derselben aber international gestaltet hat. Gelehrte aller Länder haben sich vereinigt, an der Verwendbarkeit der Röntgenstrahlen zu arbeiten, und diesem Umstande sei es zu verdanken, dass das Gebiet der Verwendung der neuen Entdeckung schon nach 10 Jahren derartig ausgebaut ist.

Den ersten Vortrag hielt Dr. Immelmann (Berlin) über die Entwickelung der Röntgenuntersuchungen auf medizinischem Gebiet, wobei er an der Hand trefflicher Projectionsbilder die grosse Bedeutung der Röntgenstrahlen insbesondere für die ärztliche Diagnose erläuterte. Hierauf fand die Besichtigung der Röntgen-Ausstellung statt, welche ein umfassendes Bild des Standes der Röntgologie gewähren soll. Am nächsten Tage begannen die Abteilungssitzungen, für welche nicht weniger als 90 Vorträge angemeldet waren.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 9. April d. J. 10531 (137 wen. als in d. Vorw.), darunter 1205 Typhus — (54 wen.). 840 Syphilis — (97 wen.), 237 Scharlach — (19 wen.), 122 Diphtherie — (5 wen.), 159 Masern — (24 mehr) und 34 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3. bis zum 9. April 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
538	406	944	193	138	156	23	10	32	79	76	56	67	55	44	14	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 33, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 61, Scharlach 11, Diphtherie 13, Croup 0, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 40, Erysipelas 3, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 120, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 112, Tuberkulose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 62, Marasmus senilis 37, Krankheiten des Verdauungskanals 103, Totgeborene 38.

◆ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 26. April 1905.**

Tagesordnung: Wladimiroff: Neuestes über Choleraforschung.

◆ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 9. Mai 1905.**

Digitized by Google

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Rationelle Heilung durch Phosphor

RHOMNOL

(jede Pille enthält 0,05 Gr.).

dessen Hauptbestandtheil reine Nucleinsäure ist, von Dr. Leprince hergestellt.

$C^{40}, H^{54}, Az^{14}, O^{27}, P^{4}$.

Erprobt: bei Phosphaturie, Neurasthenie, Rachitis, Blutarmut und Alterschwäche.

Gebrauchsanweisung: 4—10 Pillen während der Mahlzeit.

Dr. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.

Erhältlich in allen besseren Apotheken. (33) 12—5.

Kgl. BAD KISSINGEN. (48) 10—3.

Bäder vom 15. April bis 1. November.

Weltberühmte eisenhaltige Kochsalzquellen (Rakoczy, Pandur, Maxbrunnen, Bockleter, Stahlwasser (phosphorarsenhaltig), Sole mit reichstem Kohlensäuregehalt für Trink- und Badekuren. Hervorragende Heilerfolge bei Magen-Darmerkrankungen; Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane (Asthma, Emphysem), Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit, Bleisucht, Frauenkrankheiten.

Versand sämtlicher Mineralwässer durch die Verwaltung der Königl. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet. Aufschlüsse über alle Anfragen unentgeltlich vom **Kurverein Bad Kissingen.**

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. R. Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien. Prachtvolle, sonnige Lage. Ausführliche illustrierte Prospekte. **Friedrichroda** i. Thür.

NATÜRLICHE MINERALWASSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (63) 18—1.

PENSION und BADE-ANSTALT

M. Bergfeldt.

Kurort „Hapsal“ (67) 6—2.

Verschiedene Heilbäder. Herrliche Seebäder. Volle Pension während des ganzen Jahres.

EISENACH

KURANSTALT HAINSTEIN

NAHE DER WARTBURG

DAS GANZE JAHR GEÖFFNET

LEITENDER ARZT DR. HESS.

Dr. Schuster,

praktischer Arzt und Inhaber eines Kurhauses (Indiv. kurgem. Diät.)

BAD NAUHEIM.

INSTITUT

für

POCKEN-IMPFUNGEN

von Dr. Ochs.

(Existiert seit 1890.)

St. Petersburg.

Fläschchen Kalbs-Pocken zu 25 u. 50 Kop.

Bei Bestellungen unter einem Rbl. 15 Kop. für Versendung.

Digitized by Google

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven-** und **Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—2.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw**, Hamburg, (Literatur deutsche Medizinische Wochenschrift 1904, Nr. 27). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.** Zu haben in allen Apotheken. **Muster gratis.**

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

DYMAL

(17) 3—3.

Geruchloses, ungiftiges, reizloses und sekretbeschränkendes **Trocken-Antisepticum**, bewährt bei Wunden, Verbrennungen, Hyperidrosis, Intertrigo und anderen Hautkrankheiten, den übrigen Jodoform-Ersatzmitteln wegen seiner **Billigkeit** vorzuziehen.

LYGOSIN-CHININ

Ungiftiges, reizloses **Antisepticum**, bewährtes Mittel bei Furunkeln Phlegmonen, Ekzemen, profusen Eiterungen etc.

LYGOSIN-NATRIUM

Bewährtes Mittel gegen **Uterusgonorrhöe**, geprüft und empfohlen von Dr. Parády, I Assistent an der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität Klausenburg.

Muster und Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Salit (Salicylsäurebornylester). Wirkt als **äusserliches** Mittel besonders günstig bei allen nach Erkältung auftretenden **rheumatischen** und **neuralgischen Schmerzen**, bei **Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus** und **Ischias**. Von einer Mischung aus gleichen Teilen Salit und Olivenöl in der Regel täglich 2 mal 1/2 bis 1 Kaffeelöffel voll in die Haut der erkrankten Körperteile einzureiben. — Salit ist ausserordentlich billig.

Collargol. Bei **septischen Erkrankungen** (Septikämie, Puerperalprozessen — auch prophylaktisch bei Geburten —, Endokarditis, Milzbrand etc.) als Lösung zur **intravenösen** und **rektalen** Anwendung, als **„Unguentum Credé"** zum Einreiben. — Zur **Wundbehandlung** in Form von Tabletten etc. (19) 11—5.

Itrol. Silberpräparat für Augen- und Geschlechtskrankheiten, besonders **Gonorrhöe.**

Acoin. Billiges **Lokal-Anästhetikum** von intensiverer und längerer Wirkung als Kokain.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Приглашается

опытный врачъ

въ имѣніе и заводы; жалованье въ годъ 1500 руб. при даровой квартирѣ съ отопленіемъ и освѣщеніемъ. Подробности узнать въ Конторѣ Графовъ Бобринскихъ, почтѣ Михайловск. Тульской губ.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Lehrbuch der inneren Medizin.

Für Aerzte und Studierende von Prof. Dr. **G. Klemperer.**

Erster Band. gr. 8. 1905. 15 M.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин., 68, кв. 96.

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.

Frau Gülsen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.

Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.

Frau Minna Rieser, geb. Franke. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Digitized by Google

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antituberoul. undAntiDiarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche“

à 0,5 gr.
bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Protylin „Roche“

unbegrenzt haltbares, vollkommen ungiftiges Phosphoreiweiss mit 2,6% Phosphor.

Vorteile: Protylin übertrifft alle übrigen organischen und anorganischen Phosphorverbindungen durch seine ausgezeichnete Wirkung, seinen Gehalt an leicht resorbierbarem Phosphor und seine völlige Unschädlichkeit für den Darmtrakt.

Indikationen: Rachitis, Skrophulose, Caries, Neurosen, Hysterie, Anaemie, Cachexie und Basedow'sche Krankheit.

Verordnung: Als Pulver in Dosen von 1—2 Kaffeelöffel täglich oder als Tabletten à 0,25 in Dosen von 3 Mal täglich 5 Tabletten.

Protylinum ferratum (Eisengehalt 2,3%), besonders angezeigt bei Chlorosen und Anaemie.

Protylinum bromatum (Bromgehalt 4% organisch gebunden), besonders indiziert bei Neurosen.

Wir ersuchen stets Originalpackungen von 25, 50, 100, 250 gr. oder Cartons à 100 Tabulae à 0.25 gr. zu verordnen.

Alleinige Fabrikanten:
F. Hoffmann-La Roche & Co. Fabrik chem.-pharm. Produkte
Basel (Schweiz). *Grenzach* (Baden).
Muster und Litteratur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Airol „Roche“

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche“

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche“

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche“.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Sulfosot-syrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Arsylin „Roche“

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin“ war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik**, Apotheker, Kiew. **Paul Seebode**, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein**, Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (64) 10—1.

Triferrin (Knoll)
p-Nucleins. Eisen.
Enthält organ. Phosphor, steigert den Haemoglobingehalt d. Blutes u. wird vom schwächsten Magen vertragen.

Tannalbin (Knoll)
Erprobtes Antidiarrhoicum, geschmacklos, stört Appetit und Verdauung in keiner Weise; erhältlich in Pulver und Tabletten.

Literatur und Proben kostenlos!
KNOLL & Co. • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Pankreon

D. R. P. 128419.

Gegen die Magenverdauung widerstandsfähiges Pankreatin.

Natürliches Digestivum und Stomachicum, ohne schädliche Nebenwirkung auch bei dauerndem Gebrauch.

Rp. Pankreon in tabul. 0.25 (Originalpackung Rhenania) dent. tal. dos. 25. 50. 100. 200.

S. Täglich 4—12 Tabletten während des Essens zu nehmen. Für Kinder die Hälfte.

Indikation: Alle dyspept. Erkrankungen. Spezificum bei Steatorrhoe, chron. und nervöser Diarrhoe, Hyperemesis, Appetitlosigkeit, Druckbeschwerden.
Für Säuglinge: Rp. Pankreon. saccharat. in tabul. 0.25 (Pankreonzucker Rhenania) dent. tal dos. 100. — S. 2—8 Tabletten zu jeder Trinkportion.
Indikation: Ernährungsstörungen jeglicher Art, speziell Durchfall, sowie zur Kräftigung und Hebung des Körpergewichts.

(34) 7—2. **Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.**

Durch die Apotheken zu beziehen. Ausführliche Literatur auf Wunsch zur Verfügung.

MARIENBAD

(42) 3—2.

(Böhmen)

628 Meter, subalpines Klima. Hochwald. Geschützte Lage. — **Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn,** die stärksten Glaubersalzwässer Europas (5 gr. im Liter). Indikationen: Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen des Herzens (Fettherz), der Leber, des Darmes, Zirkulationsstörungen etc. — **Rudolfsquelle,** hervorragend grosser Gehalt an kohlensaurem Kalk und Magnesia — Indikationen: Gicht, harnsaure Diathese, chronische Katarrhe des Nierenbeckens, der Blase etc., Nierenstein, chronische Darmkatarrhe etc. — **Ambrosiusbrunn** stärkster reiner Eisensäuerling (mit 0,177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). — Indikationen: Anaemie, Chlorose etc. — **Waldquelle bei Erkrankungen** der Respirations-Organe. — **Natürliche Kohlensäurebäder** in verschiedenen Abstufungen. — **Moorbäder** aus den **eigenen** Moorlagern (75,000 p. a.) — **Kaltwasseranstalt. — Dampf- und elektrische Bäder. — Balneologisch-hygienisches Institut — Zander-Institut. Zentralmolkereien.**

Frequenz 26.500 Kurgäste. 70.000 Touristen.

See-Kurort
Hungerburg

bei Narva, Baltische Eisenbahn, 4½ Stunden Fahrt von St. Petersburg. Herrlicher, breiter Strand 5 Werst lang, 5□-Werst Fichtenwald, absolut trockener Sandboden. Kurhaus, Pensionate. Musik. Lawn-Tennisplätze, Parkanlagen gute Apotheke mit Lager sämmtlicher Mineralwässer. Apotheker-Magazin. Orthodoxe und lutherische Kirche. Vorzüglich eingerichtete

Wasserheilanstalt.

Wannen, See- und Süsswasserbäder — Mineralbäder, Kohlensäurebäder, Schlammbäder, Dampfkastenbäder, Heissluftbäder, Charcot'sche Douchen unter Hochdruck bis 2 Atmosphären. Wechseldouchen Priessnitz'sche Einpackungen. Elektrische Behandlung mit galvanischer, faradischer Elektricität. bipolare elektrische Bäder. Suspensionsbehandlung. Massage und Gymnastik für Kinder und Erwachsene. Consultant für Augenkrankheiten Dr. **Kalaschnikow.**

Nähere Auskünfte ertheilen: Herr Apotheker **Abramson,** Hungerburger Apotheke, und der Besitzer und leitende Arzt der Wasserheilanstalt **Emil Kroug,** Wosskressensky Prosp. № 17, Q. 23, St. Petersburg, Mittwoch und Freitag von 7—9 Uhr Abends, vom 5. Mai in Hungerburg, eigenes Haus. (54) 3—2.

ARENSBURG, Insel Oesel (Gouv. Livl.).

SCHLAMM- & SEEBAEDER.

Nach den Untersuchungen von Prof. Borgmann im Jahre 1904 besitzt der Schlamm hervorragende RADIOACTIVE Eigenschaften.

„Neue Heil- und Schlamm-Badeanstalt".
Saison vom 20. Mai bis 20. August.

Nähere Auskunft erteilen bereitwilligst die Aerzte der Anstalt: **Dr. Med. G. I. Arronet,** St. Petersburg, Kirotschnaja 8, W. 3, tägl. ausser Sonn- **u. Feiert. v. 6—7** Uhr Abends; v. 20. Mai ab in Arensburg, Dr. **G. E. Carstens** u. **Dr. A. Baron Sass** in Arensburg. Neue illustrierte Broschüre: **«Arensburg und seine Kurmittel»** N. Kymmels Verlag, Riga 1902, verkäuflich in allen Buchhandlungen. (56) 3—2.

CURORT HAPSAL.

Am baltischen Strande in Estland

Saison vom 20. Mai bis zum 1. September.

Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Eisen- und Dampfwannen. Nauheimer kohlensaure Bäder. Die wärmsten Seebäder am baltischen Strande, mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Massage-, Elektricität- und Mineralwasser-Curen. Privatklinik des Dr. von **Krusenstiern** mit gut eingerichteten Honoratioren-Zimmern. Gesundes Klima, reinste, stärkende Seeluft, Tannenwaldungen und ausgedehnte Seepromenaden, deshalb speciell indicirt bei Schwächezuständen des Kindesalters jeglicher Art. Jährlich über 3000 Curgäste, die an den verschiedenen Arten von Rheumatismus, Gicht, chronischen Affectionen der weibl. Sexualorgane, Scrophulose etc. litten. Musik, Theater, Concerte, Tanzabende Spielplätze für Lawn-Tennis, Bodjo etc. Geschützte Meeresbucht zu Bootfahrten mit Segel-, Ruder- und Paddelböten. Direkte Eisenbahn- u. Dampfer-Verbindung. **Broschüre u. Auskünfte über Wohnung durch die**

(36) 5—4. **Bade-Commission.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.
Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.

Довв. ценз. Спб., 23 Апрѣля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

UNIV. OF MICH.
JUN 8 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 17 St. Petersburg, den 30. April (13. Mai). **1905.**

Inhalt: Dr. L. Nenadovics: Ueber die Verwertung der Schlamm- und Moorbäder in der Gegenwart und in der Vergangenheit. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Fürstenheim: Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatakarzinoms. — Mayer, Georg: Hygienische Studien in China. — E. Rodari: Grundriss der medikamentösen Therapie der Magen- und Darmkrankheiten. — Jastrowitz: Einiges über das Physiologische und über die aussergewöhnlichen Handlungen im Liebesleben der Menschen. — F. Beck: Aetiologie und Therapie des Kephalhaematoma neonatorum. — G. Winter: Ursachen und Behandlung der Prolapse. — Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

(Aus der gynaekologischen Abteilung des Alexandrastifts für Frauen in St. Petersburg).

Ueber operative Behandlung der Fibromyome des Uterus.

Von

Dr. Th. Dobbert.

Dominierend war noch vor nicht langer Zeit die Anschauung, welche auch heute noch ihre Vertreter findet, dass das Myom — diese häufigste Geschwulstform der Gebärmutter — ein gutartiges Neoplasma sei, welches im Klimakterium nicht nur einen Wachstumsstillstand und eine Grössenabnahme, sondern zuweilen auch vollständigen Schwund erkennen lasse. So überzeugt war man von der Richtigkeit genannten Dogma's, eine so eminent heilsame Wirkung war man geneigt dem Erlöschen physiologischer Funktionen zuzuschreiben, dass man nicht Abstand nahm, das Herbeiführen eines vorzeitigen Klimakteriums durch, zu damaligen Zeiten durchaus nicht ungefährliche, operative Eingriffe als Behandlungsmethode der Myome zu befürworten.

Unzweifelhaft kommen Fälle vor und werden auch noch vorkommen, in welchen ein derartiger wohltuender Einfluss des Klimakteriums auf das Myom und das Wachstum desselben deutlich zutage tritt. Eingehendes Studium und Anhäufung einwandsfreier Beobachtungen haben jedoch erwiesen, dass gerade bei diesen Geschwülsten die so sehnlichst erwartete cessatio mensium, wenn überhaupt, so meist verspätet, nicht selten um 10 und mehr Jahre, eintritt und dass nur zu oft solche Tumoren erst im Klimakterium beginnen Symptome zu machen oder ein excessives Wachstum zu zeigen.

Und die Benignität der Myome! Wird sie nicht in ein sehr fragliches Licht gestellt, wenn nicht allein die anatomischen, sondern auch die klinischen Verhältnisse Berücksichtigung finden?

Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus wird den Myomen allerdings die Gutartigkeit kaum abgesprochen werden können. Die Neigung der Geschwulst zu sarkomatöser Degeneration dagegen ins Feld zu führen, wie es von mancher Seite getan wird, hat etwas gezwungenes, wenn man bedenkt, dass Pfannenstiel unter 1000 Myomen kein einziges Sarkom gesehen hat, Henkel die Zahl der Sarkome in dem Ohlshausen'schen Material auf 0,9 pCt angiebt, Hofmeier, Martin u. A. eine sarkomatöse Entartung mit 2—3 pCt. berechnen [1]). Wir haben dieselbe in unseren letzten 100 operierten Fällen auch nur zweimal zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Desgleichen treten auch andere pathologische Vorgänge, welche schwere Gesundheitsstörungen veranlassen können, wie: Verjauchung des Tumors, Erweichung und myxomatöse Degeneration etc., nach Angaben von Hofmeier [2]) nur in 4—5 pCt. der Fälle auf.

Unvergleichlich häufiger als durch pathologisch anatomische Veränderungen wird die Gutartigkeit des Myoms in Frage gestellt durch die eingreifenden Alterationen in einzelnen Organen und im Gesammtorganismus.

An erster Stelle wäre die sich infolge der Blutverluste entwickelnde Anaemie und ihre Folgezustände zu erwähnen. Der weibliche Organismus ist allerdings, wie selten einer, befähigt recht beträchtliche Blutverluste relativ gut zu vertragen. Das gilt aber nur von einmaligen, wenn auch grösseren Blutverlusten; solche gehören aber bei Myomen zu den Seltenheiten. Hier sind es fast ausschliesslich in kurzen Intervallen auftretende oder fast permanente kleinere Blutverluste, welche sich geltend machen.

Eine solches sich über Monate und Jahre hinziehendes Angezapftwerden verträgt der weibliche Organismus ent-

[1]) Confer Martin: Zu den Myomfragen. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XX, H. 5.

[2]) Die Grundsätze der modernen Behandlung der Fibromyome des Uterus. Würzburger Abhandlungen Bd. II, Heft 10.

Digitized by Google

schieden schlecht: es bewirkt eine relativ frühzeitig schon bemerkbare Aenderung der Blutzusammensetzung: dasselbe wird hydraemisch, ausserordentlich dünnflüssig, sieht rosafarben aus und büsst mehr und mehr an seiner Gerinnfähigkeit ein. Wie schwer der Organismus durch eine solche sich schnell steigernde Anaemie und ihre Folgezustände geschädigt werden kann, beweisen die Fälle, in welchen es nach Beseitigung des ursächlichen Momentes oft noch langer, nicht selten sich über Jahre erstreckender, energischer Behandlung bedarf, um den Pat. ein menschenwürdiges Aussehen zu verschaffen.

Unter den inneren Organen leidet an der Unterernährung wohl am meisten das Herz. Die tiefgreifenden Degenerationszustände dieses Organes sind hinlänglich bekannt und von berufenerer Seite gewürdigt worden, so dass ein Eingehen auf diesen Gegenstand überflüssig erscheinen dürfte. Nur eines Momentes, welches gleichfalls das Gefässsystem betrifft, möchte ich an dieser Stelle Erwähnung tun, ich meine die durch Zirkulationsstörungen in dem erweiterten Venenplexus gegebene Möglichkeit einer Thrombenbildung und damit verbundene Gefahr einer Embolie. So mancher plötzliche Todesfall von mit myomatösem Uterus behafteten Pat., über den berichtet wird, findet dadurch seine Erklärung. Durchmustert man grössere Statistiken von Myomoperationen, so vermisst man in denselben nie einige Todesfälle, bedingt durch embolische Prozesse. Burckhardt[3]) welcher sich mit dieser Frage an der Hand des Würzburger Materials eingehend beschäftigt, hat nach 236 Myomoperationen 12 Fälle von Thrombose und Embolie mit 6 Todesfällen beobachtet — ein Beweis dafür, in wie gefahrdrohender Weise das Gefässsystem durch diese Geschwulstform alteriert werden kann. Beachtenswert ist ferner die nachteilige Beeinflussung der Adnexe durch das im Uterus sich entwickelnde Myom. Chronische katarrhalische Zustände der Tube und kleincystische Degeneration der Ovarien sind alltägliche Erscheinungen bei Myomoperationen. Recht häufig wird auch eine Foetosalpinx serosa oder hämorrhagica, sowie auch Cystenbildung im Ovarium beobachtet. Viel verhängnisvoller, weil das Leben der Pat. bedrohend, als diese chronisch-entzündlichen Veränderungen resp. Neubildungen, gestalten sich die mit Eiterung einhergehenden Prozesse: die Pyosalpinx und das Pyovarium, sowie die im Bereich des Beckens sich abspielenden pelviperitonitischen Prozesse — Vorgänge welche nach unserem Material in 15 pCt. der operierten Fälle zur Beobachtung gelangen, nach Angaben Noble's[4]) sogar in 18 pCt. das Myom komplizieren.

Berücksichtigt man ausser den eitrigen Prozessen auch noch die Fälle von Hydro- resp. Haematosalpinx sowie auch die Ovarialcysten, so ergiebt unsere Statistik in 40 pCt. Erkrankungen der Adnexe, welche an und für sich schon einen operativen Eingriff indizieren. Daniel[5]) giebt an, dass allerdings nur in 59 pCt. makroskopisch nachweisbare Veränderungen der Adnexe vorhanden sind, mikroskopische sich aber fast immer finden. Zum Zustandekommen dieser Komplikation scheint die Grösse der Geschwulst von nebensächlicher Bedeutung zu sein, im Gegenteil, in der Mehrzahl unserer Fälle handelte es sich um verhältnissmässig kleine aber multiple intramural sitzende Myomknoten. Zu weit hiesse es gehen, wollte man die Geschwülste als solche für das Zustandekommen derartiger Komplikationen verantwortlich machen; dieselben kommen auch ohne Fibrome häufig genug vor, dürften daher auch nicht allzu selten mit Myomen kombiniert auftreten. Eine schädliche Beeinflussung derartiger Zustände durch das Myom lässt sich jedoch nicht vollständig von der Hand weisen. Sehr wahrscheinlich ist es, dass der, durch ein im Uterus sich entwickelndes Myom bedingte, venöse und lymphatische Afflux an und für sich schon in den Adnexen eine gewisse Praedisposition zu chronisch - entzündlichen Prozessen adhaesiver Natur schafft, bei hinzutretender Infektion aber eine rapidere Ausbreitung derselben veranlasst, resp. eine definitive Heilung hintanhält, indem der entzündliche Vorgang immer wieder zu neuen Exacerbationen angefacht wird. Man muss Pat. zu sehen Gelegenheit gehabt haben, welche mit kleinen Myomen, beweglichem Uterus und normalen Adnexen verhältnissmässig unbedeutender Beschwerden wegen ärztlichen Rat einzuholen gekommen waren und welche sich nach Jahr und Tag als bedauernswerte arbeitsunfähige Geschöpfe mit im Becken unbeweglich eingekeiltem, von entzündlichen Schwarten umgebenem Uterus und bedeutenden Adnextumoren wieder vorstellen, um ermessen zu können, wie verhängnissvoll eine solche Kombination von Myom und Adnexerkrankungen werden kann. Die heutzutage unbedingt grössere Infektionsmöglichkeit der weiblichen Geschlechtsorgane lässt demnach auch in Bezug auf Erkrankungen der Adnexe die Gutartigkeit der Myome in einem anderen Licht wie früher erscheinen.

Wir sehen somit, dass die Gefahren der Fibromyome sehr mannigfaltige und vielfach unberechenbare sind; sie sind um so grösser, in je jüngeren Jahren die Geschwülste auftreten, welche, wenn sie nicht das Leben zerstören, doch eine grosse Anzahl der davon Betroffenen unfähig machen ihre Lebensaufgabe zu erfüllen. (Hofmeier).

Ganz abgesehen von verschiedenen gleichfalls durch Myome hervorgerufenen Symptomen, wie Schmerzen, Blasenbeschwerden u. s. w., erscheint schon aus oben angeführten Gründen eine energische Behandlung der Myome indiziert.

Fragen wir nun nach den Mitteln, welche uns in dieser Beziehung zu Gebote stehen, so können wir nur die Ohnmacht aller anderen Massnahmen mit Ausnahme der operativen eingestehen.

Die verschiedenen bekannten palliativen Behandlungsmethoden sind wohl imstande Linderung der Beschwerden zu schaffen, entfernt oder unschädlich gemacht wird durch dieselben kein Myom. Dieselben hatten ihre Berechtigung zu einer Zeit, wo Myomoperationen noch zu den gefährlichsten Eingriffen gezählt werden mussten. Mit solchen Mitteln und Massnahmen durfte man wohl versuchen den Kranken über den Zustand bis zur Klimax hinwegzuhelfen, da man von derselben Heilung erwartete; nur bei einer Indicatio vitalis war man berechtigt zum Messer zu greifen. Heutzutage liegen die Verhältnisse doch durchaus anders. Die Schatten des Todes, welche in früheren Zeiten jede Myomotomierte umgaben, haben sich gelichtet und dank der Asepsis und verfeinerten Technik dem strahlenden Lichte der Morgenröte weichen müssen.

Ist die Hoffnung auf Stillstand oder Heilung im Klimakterium fraglich, sind die Gefahren, welchen die Trägerin eines Myomes ausgesetzt ist, meist unbedeutende — was könnte uns dann noch abhalten aus der Reserve herauszutreten und aktiv einzugreifen, wie es der Chirurg in analogen Fällen ja schon längst tut?

Es macht sich daher auch in der neueren Myomliteratur das Bestreben geltend, den mit Myomen behafteten Frauen die einzige sie von ihrem Leiden wirklich befreiende Behandlung immer mehr zukommen zu lassen. Wie divergierend jedoch noch die Grundsätze sind, ist aus folgenden Zahlen zu ersehen: Ohlshausen ope-

[3]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43.

[4]) A study of Degener. and complic. of Fibroid etc. Amer. Gyn. April 1903.

[5]) Etat des Adnexes dans les fibromes utérins. Revue d. Gyn. I. u. II. 1903.

Digitized by Google

riert von seinen Myomkranken nur 16,1 pCt., Winter 45,8 pCt., Hofmeier dagegen schon 60,7 pCt. [6])

Wenden wir uns den Myomoperationen zu, um zu erforschen, wie wir auf rationellste Weise unsere Pat. von ihrem Leiden befreien können, so begeben wir uns auf ein Gebiet der modernen Gynaekologie, auf welchem wie wohl selten auf einem anderen sich der Segen der Asepsis dokumentiert hat, auf welchem aber gleichfalls wie kaum auf einem anderen die verschiedensten Ansichten aufeinander gestossen sind. Letzteres gilt sowohl in Bezug auf die Wahl des Weges, auf welchem die Operation vorzunehmen ist, als auch von den verschiedenen Operationsmethoden, sowohl den abdominalen als auch vaginalen.

In vieler Hinsicht sind die vaginalen Operationen den abdominalen überlegen — diese Tatsache kann kaum mehr geleugnet werden. In Abrede kann aber auch nicht gestellt werden, dass das vaginale Operieren an die Technik und persönliche Leistungsfähigkeit des Operateurs bedeutend grössere Anforderungen stellt als das abdominale. Das «Können» ist nun individuell sehr verschieden und dasselbe allein als Masstab hinstellen zu wollen, hiesse doch die Verhältnisse durchaus verkennen. Bei einer gewissen Grenze hören für den Durchschnittsoperateur die Vorteile, welche der vaginale Weg bietet, auf und fangen die Vorzüge des abdominalen an. Bis zu dieser Grenze zu gelangen, muss jeder gewissenhafte Operateur im Interesse seiner Kranken bestrebt sein; dieselbe zu überschreiten versuchen, nur um es einigen besonders Veranlagten gleich zu tun, hiesse mit dem Vertrauen der Pat. ein nicht zu rechtfertigendes Spiel treiben. Gesteckt wird diese Grenze weniger durch die Grösse der Geschwulst, als vielmehr durch ihren Sitz und das Verhalten des Uterus zu den anliegenden Teilen. Vorwiegend intraligamentäre Entwickelung der Geschwulst, Unmöglichkeit dieselbe in das Becken herabzuziehen, nicht genügende Beweglichkeit der Gebärmutter infolge entzündlicher Verhärtungen im Para- und Perimetrium und teilweise auch virginelle oder senile Verhältnisse, das sind in Kürze diejenigen Momente, welche auch uns ein Vorgehen von der Scheide aus kontraindiziert erscheinen lassen. Eine Statistik jenseits dieser Grenze liegender per vaginam operierter Fälle, verglichen mit einer Statistik analoger per abdomen operierter Myome, würde entschieden zugunsten letzterer sprechen. Solche Fälle würden zu den in typischer Weise ausführbaren und einen minimalen Mortalitätsprozentsatz liefernden abdominalen Operationen zu zählen sein; per vaginam operiert stellen sie schwierige Operationen dar, welche erfahrungsgemäss neben einer ganzen Reihe von Nebenverletzungen das grösste Kontingent der letal verlaufenen Fälle darstellen. Solche Statistiken existieren aber nicht. Ein Vergleich der Statistiken aller per vaginam und aller per abdomen operierten Fälle, wie er des öfteren herangezogen wird, kann uns in dieser Frage kaum einen Aufschluss geben; er wird immer zuungunsten der abdominalen Operationsmethoden sprechen, weil per abdomen doch stets die schweren und schwersten, mithin die schlechteste Prognose liefernden Fälle operiert werden, an deren Entfernung per vaginam überhaupt nicht zu denken ist.

Ebenso wie wir uns von den anatomischen Verhältnissen bei der Wahl des vaginalen oder abdominalen Weges leiten lassen sollten, müssen wir uns auch durch dieselben bestimmen lassen, unter den verschiedenen bewährten Methoden sowohl den abdominalen als auch diejenige zu wählen, welche für den speziellen Fall am geeignetsten erscheint.

[6]) Henkel. Beitrag zur conservativen Myomchirurgie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn, Bd. 52.

Bevor ich zur Besprechung der einzelnen Operationsverfahren und der mit denselben von uns erzielten Resultate übergehe, muss ich noch einige Bemerkungen inbezug auf das Material, welches dieser Abhandlung zu Grunde gelegt ist, vorausschicken.

Als solches wurden die letzten 100 operativ behandelten Myomfälle benutzt, welche auf die Jahre 1897—1904 entfallen. Von denselben sind 63 abdominal, 37 vaginal operiert worden. Hieraus, sowie auch aus den folgenden Zahlenangaben darf nun nicht ohne weiteres auf die von uns für richtig gehaltene Indikationsstellung der verschiedenen Operationswege und Methoden geschlossen werden. Bei einem Materiale, das aus 8-jähriger operativer Tätigkeit stammt, ist es unvermeidlich, dass so mancher Fall mit unterläuft, welcher vor einigen Jahren nach der einen Methode operiert worden ist, heute aber wohl kaum noch in derselben Weise operiert werden würde. Das Material hat ferner auch benutzt werden müssen, um jüngere Kollegen in die operative Gynaekologie einzuführen; so mancher Fall ist aus diesem Grunde nach einer Methode operiert worden, nicht weil diese durchaus indiciert schien, sondern weil Gelegenheit geboten werden sollte, eine spezielle Methode zu üben und ihre Technik mehr beherrschen zu lernen.

Von den abdominalen radikalen Operationsmethoden kommen jetzt wohl nur noch in Betracht die Totalexstirpation des Uterus und die supravaginale Amputation desselben mit retroperitonealer Stielversorgung. Gross ist bekanntlich die Zahl der Mitteilungen über die Vor- und Nachteile jedes dieser Operationsverfahren. Eine diesbezügliche literarische Excursion würde zu weit führen, desgleichen möchte ich nicht mit einer Aufzählung der mannigfachen Modifikationen, nach welchen die verschiedenen Autoren supravaginal amputieren oder total exstirpieren, lästig fallen.

Eine Existenzberechtigung lässt sich beiden Operationsmethoden entschieden nicht absprechen. Sowohl die eine als auch die andere hat aber ihre Vor- und Nachteile. Ausschlaggebend bei der Wahl der Methode dürften hauptsächlich die anatomischen Verhältnisse des jeweiligen Falles sein. Je nachdem sich dieselben gestalten wird dasjenige Verfahren vorzuziehen sein, dessen Vorteile der gegebene Fall am meisten verspricht zur Geltung kommen zu lassen.

Als Vorteile der Amputation wären anzuführen: verhältnissmässig geringe technische Anforderungen, schnelle Ausführbarkeit und Erhaltenbleiben der normalen Verhältnisse des Beckenbodens. Demgegenüber stehen als Nachteile: Zurücklassen eines unterernährten Cervixstumpfes, welcher leicht zu Stumpfexsudatbildung Veranlassung geben kann. Die in der Literatur des häufigeren erwähnte Gefahr einer nachfolgenden malignen Degeneration des Operationsstumpfes lässt sich allerdings nicht in Abrede stellen; sie ist aber einerseits nur in einer so verschwindend kleinen Anzahl von Fällen beobachtet worden, dass sie kaum in die Wagschale fällt, andererseits kann auch nach Totalexstirpation eine maligne Neubildung im Wundtrichter Platz greifen, wie wir es in einem unserer Fälle zu beobachten Gelegenheit hatten, in dem sich 10 Monate nach der Totalexstirpation eines anscheinend nicht degenerierten myomatösen Uterus im Wundtrichter von der Scheidenschleimhaut ausgehend ein Plattenepithelcarcinom entwickelte, an welchem Pat. bald zu Grunde ging.

Vorteile der Totalexstirpation sind: Entfernung des ganzen erkrankten Organes und Schaffung guter Abflussverhältnisse. Unter den Nachteilen wären zu nennen: grössere Anforderungen an die Technik und damit verbundene längere Dauer der Operation, ferner Störung der Integrität des Beckenbodens.

Digitized by Google

Oben Ausgeführtem entsprechend, wären für eine supravaginale Amputation diejenigen Fälle am geeignetesten, in welchen die Geschwülste, hauptsächlich im corpus und fundus sich entwickelnd, die Cervix freigelassen haben, desgleichen die Fälle, in welchen keinerlei pelvi-peritonitische Prozesse oder eitrige Affektionen der Adnexe vorhanden sind. Intraligamentär oder retrocervical entwickelte Myome, so wie entzündliche resp. degenerative Vorgänge in der Gebärmutter selbst oder in ihrer Umgebung dürften diejenigen Fälle darstellen, in welchen eine Totalexstirpation indiciert erscheint. Bei strenger Indikationsstellung in diesem Sinne werden die primären Resultate beider Methoden sich nie mit einander messen können. Aus leicht verständlichen Gründen wird die Totalexstirpation immer einen grösseren Mortalitätsprocentsatz aufzuweisen haben. Zu hoffen ist, dass die Chancen beider Operationen durch Vervollkommung der Technik sich zu immer günstigeren gestalten werden. Beide Operationen sind dazu gleichberechtigt, weil dieselben, den anatomischen Verhältnissen Rechnung tragend, einander ergänzen und sich nicht gegenseitig ausschliessen. Dass wir dank den Bestrebungen in dieser Richtung schon jetzt viel günstiger gestellt sind als vor Jahren, unterliegt keinem Zweifel. Ich persönlich habe, entmutigt durch einige schlimme Erfahrungen mit der supravaginalen Amputation mit intraperitonealer Stielversorgung, eine Zeit lang prinzipiell nur total exstirpiert, bin aber dank den Resultaten der retroperitonealen Stielversorgung zu oben angeführtem Standpunkte zurückgekehrt. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung für den Erfolg der supravaginalen Amputation ist die Wahl des Nahtmaterials. Die Wichtigkeit dieses Umstandes, so wie der Behandlung des Amputationsstumpfes überhaupt, ist in überzeugender Weise aus unserem Material zu ersehen. Unsere 39 supravaginalen Amputationen mit retroperitonealer Stielversorgung sind von 7 Operateuren ausgeführt worden. In 17 Fällen wurde Seide, in 22 Kumolcatgut als Nahtmaterial bei Versorgung des Cervixstumpfes benutzt. Unter den Fällen der ersten Gruppe finden wir 5 mal, unter denjenigen der 2. Gruppe nur 2 mal Bildung eines Stumpfexsudates und dementsprechenden subfebrilen resp. febrilen Verlauf nach der Operation verzeichnet. Beachtenswert ist ferner, dass 6 dieser Stumpfexsudate auf einen der Operateure entfallen, wobei meist zahlreichere Umstechungen des Cervixstumpfes en masse vorgenommen worden waren. An und für sich vielleicht geringfügige technische Eigentümlichkeiten scheinen dennoch bei Behandlung des Operationsstumpfes nicht irrelevant für den Ausgang der Operation zu sein. Zufälliger Weise fallen die beiden Todesfälle nach supravaginaler Amputation auch in die Zeit der Seideanwendung, stehen aber mit dem Nahtmaterial entschieden nicht in unmittelbarem Zusammenhang. Im ersten Falle handelte es sich um einen über kindskopfsgrossen von multiplen Myomknoten durchsetzten Uterus bei einer 46-jährigen pastösen Dame, welchen ein junger talentvoller und vielversprechender Kollege als Erstlingsmyomotomie supravaginal amputierte. Pat. ging nach 5 Tagen an einer sero-fibrinösen Peritonitis, ausgehend mutmasslich von einem Bauchdeckenabscess, zu Grunde. Der 2. Fall betrifft eine dekrepide 48-jährige Frau mit einem kolossalen intraligamentär entwickelten cystischen Myom (welches sich bei mikroskopischer Untersuchung als sarkomatös entartet erwies). Nach Ausschälung der Geschwulst wurde der Uterus supravaginal amputiert und nach Vernähung des Peritoneums über dem Myombett, die resultierende beträchtliche Wundhöhle nach der Scheide hin drainiert. Pat. ging nach Verlauf von 3 Tagen bei geringen Temperaturerhöhungen bis 38,2 an zunehmender Herzschwäche zugrunde. Bei der Sektion liessen sich keinerlei auf eine Peritonitis hinweisende Veränderungen nachweisen. Resorbierbares Nahtmaterial und Vermeidung von Massenunterbindungen im Gewebe des Operationsstumpfes bei absoluter Trockenlegung desselben gewährleisten auch nach unseren Erfahrungen am sichersten eine anstandslose Heilung des Operationsstumpfes nach supravaginaler Uterusamputation und bestätigen vollständig die in so überzeugender Weise von Winter[7]) ausgesprochene Ansicht. Die Operation, wie sie von uns in der letzten Zeit geübt wird, gestaltet sich folgendermassen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Hervorwälzen des Uterus durch einen in das Myom gebohrten Korkenzieher werden entsprechend den Uteruskanten die ligamenta lata durch 2 lange federnde Klemmen abgeklemmt. Je 2 Katgutfaden versorgen beiderseits das lig. infundibulopelvicum und rotundum mit den in denselben verlaufenden Gefässen. Es folgt die Durchtrennung der lig. lata zwischen Klemmen und Ligaturen, Bildung eines möglichst grossen vorderen Peritoneallappens von der vorderen Uteruswand und stumpfe Ablösung der Blase von der Cervix. Wenn möglich, wird auch für Bildung eines kleineren hinteren Peritoneallappens Sorge getragen. Von der linken Uteruskante beginnend, wird darauf die Gebärmutter in der gewünschten Höhe durch einige Messerschläge abgesetzt, die linke spritzende art. uterina gefasst und nach vollständiger Abtragung des Uterus auch die rechte art. uterina gesichert. Durch 2 Katgutligaturen, welche zum Teil auch die Uteruskanten mitfassen, werden die Gefässe definitiv versorgt, die Oberfläche des Amputationsstumpfes trichterförmig ausgeschnitten und die Wundflächen durch fortlaufende Katgutnaht vereinigt. Hieran schliesst sich die Ueberdeckung des Stumpfes mit den Peritoneallappen in der üblichen Weise. Zum Schluss vereinigt ein fortlaufender Katgutfaden die durchtrennten Blätter der Lig. lata und bedeckt die Stümpfe der eventuell zurückgelassenen Adnexe mit Peritoneum.

In dieser Weise gestaltet sich die supravaginale Amputation zu einem technisch nicht schwierigen, verhältnismässig schnell ausführbaren Eingriff, welcher, eine sorgfältige Blutstillung vorausgesetzt, genügend günstige Wundverhältnisse schafft, um eine anstandslose Heilung zu gewährleisten.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Fürstenheim: Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatacarzinoms mit besonderer Berücksichtigung der Bottinischen Operation als Palliativ-Verfahren. 1904 Berlin. Grosser.

In ihren Anfangsstadien bieten Hypertrophie der Prostata und Carzinom derselben soviel Uebereinstimmendes, dass ihre Unterscheidung nicht immer leicht ist; speziell sind die Mictionsbeschwerden im Beginn weder für die eine noch die ander Diagnose zu verwerten. Im weiteren Verlaufe hingegen finden sich wohl wichtige Unterscheidungsmerkmale, die Verf. an der Hand eines typischen Falles bespricht: Längliche Schleimhautzapfen auf der vorderen Rectalwand, die wohl eine frühzeitige Infiltration der Lymphgefässe wahrscheinlich machen, besondere Härte und Schmerzhaftigkeit, schmerzhafte Irradiationen in Becken, Kreuz und Oberschenkel sind diagnostisch für C. zu verwerten, ebenso die grössere Geschwindigkeit, mit der sich die Mictionsbeschwerden beim Carzinom entwickeln. Nur in den Fällen, wo sich die krebsige Neubildung auf dem Boden einer alten Hypertrophie entwickelt, und in denen, wo sie in der Richtung nach oben wächst, oder überhaupt ganz klein bleibt, können diese differentiell-diagnostischen Merkmale vermisst werden. Doch pflegen dann, na-

[7]) Die wissenschaftlichen Grundlagen der konservativen Myomoperation. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. LI, Heft 1.

Digitized by Google

mentlich im letzteren Falle, sehr bald Knochenmetastasen aufzutreten. Das cystoskopische Bild an und für sich beweist nichts. Vom Standpunkt der Therapie sondert Verf. das Leiden in 2 Gruppen: 1) Carcin. prost. intracapsulare (Pr.-Frühkrebs) und 2) Carcin. prost. pelvicum (Pr.-Beckenkrebs), giebt gleichzeitig aber zu, dass es nicht immer leicht sein wird, beide Formen auseinanderzuhalten. Während, solange angängig, ein möglichst frühzeitiges radikales chirurgisches Verfahren angezeigt ist, bleibt für die Fälle, wo eine Radikaloperation nicht mehr möglich ist, wo die Geschwulst ein hochgradiges Hindernis für die Harnentleerung abgiebt und ein Dauerkatheter aus dem einen oder anderen Grunde nicht getragen werden kann, die Bottini'sche Operation indiziert. An der Hand von 7 sehr instruktiven Krankengeschichten, weist Verf. nach, dass für einige Zeit eine wesentliche Erleichterung der Mictionsbeschwerden für die Pat. danach eintritt, die aber ausserdem noch den Vorzug vor der Besserung nach Anlegung einer suprapubischen Fistel verdient, dass sie dem Pat. den psychischen Gewinn einer Harnentleerung auf natürlichem Wege gewährleistet.

Wichert.

Mayer, Georg: Hygienische Studien in China. Mit 4 Tafeln und 2 Karten. Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth. 1904. 5 Mk.

Bei dem erleichterten Verkehr unserer Tage ist der Orient, der Sitz permanenter Seuchenherde, eine stete Gefahr für Europa und werden die umfangreichsten Massregeln gegen die Einschleppung der Seuchen ergriffen. Auch ist man daran gegangen, die Brutstätten am Orte zu studieren, in der Hoffnung, sie vielleicht eliminieren zu können. Sind dies vorläufig noch Luftschlösser, deren Verwirklichung in weite Ferne gerückt erscheint, so ist man bei Expeditionen in exotische Länder der Aufgabe gegenübergestellt für die betreffende Mannschaft um jeden Preis günstige hygienische Verhältnisse zu schaffen. Wie es um diese Aufgabe gestanden hat während der Expedition nach Peking zur Zeit des Boxeraufstandes, erfahren wir aus dem vorliegenden Buch. Verf. hat eine grosse Reihe bakteriologischer und chemischer Wasseruntersuchungen ausgeführt, deren Resultate er mitteilt, er giebt aber nebenbei auch eine Schilderung der tellurischen Verhältnisse Chinas, speziell Pekings und Shanghais, und wirft Streiflichter auf die sozialen Zustände. Die Eigenart aller dieser Umstände macht die Durchführung hygienischer und sanitärer Massnahmen fast unmöglich oder deren Erfolge illusorisch, wenn man nach europäischem Muster vorgehen wollte. Asien muss eben anders behandelt werden und daher bietet das Buch viel des Lehrreichen und Interessanten.

Ucke.

R. Rodari. Grundriss der medikamentösen Therapie der Magen- und Darmkrankheiten. Wiesbaden, Bergmann. 1994.

Dies Buch ist für den praktischen Arzt geschrieben und wird ihm von wesentlichem Nutzen sein. Es behandelt die Therapie der genannten Erkrankungen, fussend auf einer zeitgemässen Diagnose. Ueber diese wie auch die moderne Pathologie der Magen- und Darmkrankheiten orientiert sich der Leser an der Hand der kurzen Angaben des Verf. genügend. Der Autor ist jedenfalls ein Praktiker, der seine Ratschläge auf Grund eigener Erfahrung erteilt, sie wirken auf den Leser überzeugend. Die physikalischen und diätetischen Behandlungsmethoden, deren eminente Bedeutung selbstverständlich anerkannt wird, werden weniger ausführlich besprochen, weil sie in den meisten Lehrbüchern einen breiten Raum einnehmen, dagegen wird entsprechend dem Titel des Buches die medikamentöse Therapie betont und eine ziemlich grosse Anzahl von Rezepten angeführt, unter denen viele neue, vorzügliche Mittel berücksichtigt sind.

Das Büchlein kann nur empfohlen werden.

B.

Jastrowitz. Einiges über das Physiologische und über die aussergewöhnlichen Handlungen im Liebesleben der Menschen. Leipzig. Thieme.

Die kleine Schrift ist nach einem im Verein für innere Medizin in Berlin gehaltenen Vortrage zusammengestellt und beschäftigt sich nicht mit den geschlechtlichen Perversitäten, sondern bleibt vollkommen im Bereich des Natürlichen, das freilich oft das Pathologische streift. Man begegnet ja sehr häufig excentrischen, zum Mindesten ungewöhnlichen Handlungen im Liebesleben, nicht nur evidenter Neuropathen, sondern auch anscheinend ganz normaler Individuen. Die grössere geschlechtliche Erregbarkeit solcher Leute kann nach Meinung des Verf. ihren Grund in der Retention gewisser toxinähnlicher, eragoger Stoffe, die von den Sexualdrüsen abgesondert werden, haben. Er meint, dass «sowohl in der Jugend, als in der mannbaren Periode durch erzwungene Enthaltsamkeit leichtere und schwerere Verstimmungszustände entstehen, die bei Veranlagung Lebensüberdruss zeitigen können». In geistreicher Weise bespricht Verf. sodann den Uebergang zur Hypererosie und illustriert ihn durch einige Beispiele.

Wenn Ref. auch nicht allen Ausführungen des Verf. beistimmen kann, gegen die sich wohl eine Reihe von gewichtigen Einwänden erheben lassen, so steht er doch nicht an, dieses glänzend geschriebene Büchlein nicht nur Aerzten, sondern auch gebildeten Laien zur Lektüre zu empfehlen. Namentlich könnten Pädagogen vieles daraus profitieren.

Wichert.

F. Beck: Aetiologie und Therapie des Kephalhaematoma neonatorum. (Halle. Verlag von C. Marhold. 1904).

Verf. hat 102 Fälle von Kephalhaematoma beobachtet, auf 185 Geburten entfällt im allgemeinen ein Fall. Als praedisponierende Momente werden geringe Verengerung des Beckens, lange Geburtsdauer und frühzeitiger Blasensprung angeführt. Das Kephalhaematom betraf öfters Knaben (67 ×), seltener Mädchen (35 mal). In der Hälfte der Fälle bestand daneben eine Kopfgeschwulst. Das Kephalhaematom entsteht durch Zerreissung oder Quetschung eines Gefässes. In einer grossen Anzahl der Fälle waren die Kinder während der Geburt mehr oder minder gefährdet. Das Kephalhaematom befindet sich gewöhnlich auf dem vorliegenden Teil und wird manches Mal schon während der Geburt erkannt, gewöhnlich später. Was die Behandlung anbetrifft, so wurden 66 Kinder überhaupt nicht behandelt, bei 36 wurden Kompressions-Kollodium- und einfache Verbände nötig, 3 Kephalhaematome wurden incidiert wegen beginnender Entzündung, und 27 wegen ihrer Grösse.

Lingen.

G. Winter: Ursachen und Behandlung der Prolapse. (Halle. Verlag von C. Marhold. 1904).

Als Hauptursache für die Entstehung von Prolapsen dienen allzuschnelle Dehnungen der Scheide durch zu frühes Pressen während der Geburt, Zangenoperationen und Entbindungen bei nicht ganz erweitertem Muttermund, Verletzungen der Scheide und des Dames, zu frühes Aufstehen. Unkomplizierte Scheidensenkungen sollen durch eine Kolporrhaphie korrigiert werden, bei gleichzeitig bestehender Retroversio et Descensus uteri ist zunächst Korrektur mit Retroflexionspessar zu versuchen. Jeder grössere Prolaps soll operiert werden. In Königsberg sind in 6 Jahren 350 Prolapse operiert worden, davon 113 Scheidenplastiken und 235 Scheidenplastiken mit Uterusoperation. Die Dauererfolge schwanken bei den verschiedenen Operateuren zwischen 43 pCt. und 97 pCt. Von den lagekorrigierenden Operationen sind an der Königsberger Klinik ausgeführt worden: Vaginofixationen, Alexander-Adams'sche Operation, Ventrofixation und die Uterusplastik nach Wertheim und Schauta. W. hat 103 mal vaginofixiert, «und zwar fast ausnahmslos bei alten Personen», vermeidet aber die Operation bei Frauen im geschlechtsreifen Alter in Anbetracht der schweren Geburtsstörungen. Von 103 Vaginofixierten waren 76 pCt. dauernd geheilt. Die Alexander-Adams'sche Operation gab weniger gute Resultate.

Lingen.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 24. November 1904.

Prof. Dehio spricht «Zur Heilserumtherapie».

Nachdem Redner zunächst einen kurzen geschichtlichen Rückblick über die Forschungen zur Aetiologie der Infektionskrankheiten gegeben, rekapituliert er die Haupttatsachen der Ehrlichschen Seitenkettentheorie, an seinen auf dem diesjährigen livländischen Aerztetage gehaltenen Vortrag anknüpfend.

Die Reaktion des Organismus gegen eingedrungene pathogene Mikroorganismen und deren Stoffwechselprodukte macht sich demnach in 3-erlei Weise geltend: als antitoxische, agglutinierende und bactericide und ergiebt bei der stets stattfindenden Ueberproduktion der Schutzkörper eine mehr oder weniger ausgeprägte Immunität gegenüber dem inficierenden Virus. Dehio macht nun auf einzelne für die Praxis wichtige Ergebnisse der Heilserumforschung aufmerksam: die Vidalsche Reaktion zur Sicherstellung der Diagnose des Typhus, die Agglutinationsprobe bei Cholera, welche nach dem Vorgange Deutschlands von den meisten Staaten für die Diagnose gefordert wird. dieselbe Probe zur differenziellen Diagnose der

Digitized by Google

verschiedenen Dysenteriearten und weist darau hin, dass die Bakterienagglutination nur Teilerscheinung eines grossen Naturgesetzes ist, welches lautet: Eiweissstoffe irgend einer Tierspezies resp. eines lebenden Organismus, dem Organismus einer anderen Art einverleibt, ruft in ihm die Fähigkeit hervor, agglutinierend resp. praecipitierend auf die Lösung des Eiweisses zu wirken. Da Ausnahmen von diesem Gesetz nur bei phyllogenetisch ganz nahestehende Tierarten und gleichzeitig sehr starker Immunisierung vorkommen (Mensch-antropoide Affen, Hahn-Taube) so ist diese Praecipitation von hoher praktischer Bedeutung für die forensische und marktpolizeiliche Medizin und gelangt schon vielfach zu praktischer Anwendung (z. B. zum Nachweis an Menschenblut und für Unterscheidung desselben von Tierblut. Was die Heilserumtherapie im Speziellen anbetrifft, so hat sich — trotz der auch hier vielfach glänzenden Resultate — die Hoffnung, auf diesem Wege alles heilen zu können, nicht erfüllt und zwar liegt der Grund darin, dass viele Bakterien nicht, oder wenigstens nicht ausschliesslich durch ihre löslichen Toxine wirken und demnach auch keine oder nicht genügend starke antitoxische Sera erzeugen. Die Darstellung und rechtzeitige Verwendung baktericider Sera ist dagegen noch nicht auf die notwendige Stufe der Sicherheit gebracht worden.

Zum Schluss giebt Vortragender eine Uebersicht der Infektionskrankheiten, ihrer pathogenetischen Wirkung (toxisch, endotoxisch, septisch) und der gegen die verwandten Heilsera (antitoxisch, bakteticid) und zieht das Facit der therapeutischen Bestrebungen, welches dahin lautet: die Heilserumtherapie hat bei Diphtherie zu gutem Resultat geführt, was voraussichtlich in Zukunft ebenso bei Tetanus sein wird. Bei Cholera, Typhus, Sepsis etc. sind die therapeutischen Erfolge aus obenerwähntem Grunde noch unsicher, während prophylaktische Immunisierung z. Teil wenigstens was das Antistreptokokkenserum anbetrifft, doch schon zu günstigen Ergebnissen geführt hat.

Diskussion:

Truhart fragt, ob schon Versuche an anthropoiden Affen gemacht worden sind.

Dehio: Metschnikoff, Lassar, Neisser haben mit Affen in Bezug auf Syphilis experimentiert. Anthropoide Affen lassen sich mit dem Syphilisvirus inficieren und die genannten Forscher beabsichtigen derart ein Antisyphilisserum darzustellen.

Truhart macht zum Schluss Mitteilung über die neuerdings konstatierte bakterieide Eigenschaft des Pankreassekretes.

Dr. Ch. Ströhmberg macht einige ergänzende Mitteilungen zur Wirkung des Methylalkohols.

Infolge seines Vortrages über Vergiftungen mit Methylalkohol während des letzten livländischen Aerztetages hat Prof. Casey A. Wood, Ophthalmolog in Chikago, die Freundlichkeit gehabt Ströhmberg eine von ihm und Dr. Frank Buller in Montreal in «The Journal of the American Medical Association», Oktober 1904 veröffentlichte Arbeit über dieselbe Vergiftung zuzusenden. Aus dieser Arbeit geht hervor, dass seit der starken Verbreitung des desodorirten Methylalkohols und seit der vielfachen Verwendung desselben zur Herstellung von alkoholhaltigen Gemischen, die als Hausmittel oder Schnäpse oder aber in der Parfümerie verwendung finden, in Amerika recht zahlreiche Vergiftungen mit Erblindung und tödlichem Ausgang vorgekommen sind, so dass es den beiden Autoren gelungen ist, 153 Fälle von Erblindung und 122 Todesfälle, welche zum grössten Teil bisher noch nicht veröffentlicht worden sind, zusammenzustellen. Grosse Aehnlichkeit mit dem hiesigen Unglücksfall hat eine Massenvergiftung von Indianern in Dakota. In jener Gegend ist der Aethylalkoholhandel verboten. In Ermanglung desselben hatten am 31. August dieses Jahres 10 Indianer Methylalkohol zu sich genommen. Neun von ihnen starben binnen 2 Tagen, einer erblindete. In New-York sind in der 10. Avenue kürzlich 17 Todesfälle durch dasselbe Gift verursacht worden. Als Gemische, welche Methylalkohol enthalten können, bezeichnen die Verfasser: Columbianspiritus, Jamaikaginger, Bayrum, Citronenextrakt, Pfeffermünzessenz, Eau de Cologne u. s. w. Da Vergiftungen nicht allein nach innerem Gebrauch, sondern auch durch Inhalation und endermatische Anwendung zustande gekommen sind, so verdienen diese Mitteilungen auch hier volle Beachtung, denn der Bayrum z. B. ist in unseren Friseurläden recht gebräuchlich.

(Autoreferat).

Sekretär: Dr. Th. Lackschewitz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Prof. ord. der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik der Embach-Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Wilhelm Koch, ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist verabschiedet worden.

— Zum Oberarzt des St. Petersburger Marine-Kadettenkorps ist, an Stelle des verstorbenen Dr. Orlow, der ältere Arzt der Gardeequipage, wirkl. Staatsrat Dr. Dmitrijew, ernannt worden.

— Der bekannte Pädiater Dr. Heinrich v. Ranke, Prof. extraord. der Kinderheilkunde und Direktor der Universitätskinderklinik und Poliklinik an der Universität München, beging vor kurzem in körperlicher und geistiger Frische seinen 75. Geburtstag.

— Zum Rektor der Universität Halle ist für das neue Studienjahr der Direktor der Augenklinik Prof. Dr. Schmidt-Rimpler gewählt worden.

— Der Assistenzarzt an der Klinik Wylie Dr. Constantin Serapin hat sich als Privatdozent für Chirurgie an der militär-medizinischen Akademie habilitiert. Den Kursus hat er i. J. 1890 absolviert.

— Ordensverleihungen: Der St. Annenorden I. Klasse — dem ausseretatmässigen Konsultanten für Geburtshülfe am St. Petersburger Posthospital, wirkl. Staatsrat Dr. J. Tschernyschew. Der St. Stanislausorden I. Klasse — dem Medizinalinspektor des St. Petersburger Gouvernements, Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes, wirkl. Staatsrat Dr. A. Karmilow.

— Befördert: Zum Geheimrat — der Oberinspektor beim Minister der Wegekommunikation, Mitglied des Medizinalrats, Ehrenleibmedikus Dr. J. Golowin. — Zu wirklichen Staatsräten — der Gehülfe des Obermedizinalinspektors Dr. Bulatow, der Direktor der Busker Mineralquellen, Dr. Issajew, der Gehülfe des Medizinalinspektors des abgeteilten Korps der Grenzwache, Dr. Gurjew und der ältere Arzt des Kaspi-Wolga-Fisch- und Seehundsfanges Dr. Paul Cramer.

— Verstorben: 1) Am 22. April in Riga der Nestor der baltischen Aerzte Dr. Sigismund Kroeger im 80. Lebensjahre. Geboren auf dem Gute Märzenhof bei Wolmar, erhielt der Hingeschiedene seine Schulbildung in Dorpat, wo er auch von 1846—1852 anfangs Oekonomie, dann Medizin studierte und der Korporation Livonia angehörte. Nach Erlangung der Doktorwürde i. J. 1854, setzte er seine Studien in Berlin, Prag und Wien fort, um sich dann im Februar 1857 als praktischer Arzt in Riga niederzulassen, wo er viele Jahre hindurch auch als Leiter der therapeutischen Abteilung des Armenkrankenhauses und Direktor des Georgenhospitals fungierte. Im Jahre 1884 gründete er die erste Heilbadeanstalt in Riga, welche später von seinem Schwiegersohne Dr. E. v. Hirschheydt übernommen wurde. Als tüchtiger, gewissenhafter und humaner Arzt erwarb sich Dr. Kröger bei seinen zahlreichen Patienten, wie auch bei seinen Kollegen grosse Liebe und Achtung, die namentlich auch zu Tage trat, als er im Mai vorigen Jahres sein 50-jähriges Doktorjubiläum beging, bei welcher Gelegenheit der rigasche Verein praktischer Aerzte, in welchem der Verstorbene zu wiederholten Malen das Amt des Präsidenten bekleidete, ihm eine Adresse und das Ehrenmitgliedsdiplom überreichte. Die Musse seiner alten Tage hat Dr. Kroeger philosophischen und theologischen Studien gewidmet, deren Ergebnisse er in mehreren Publikationen niedergelegt hat. — 2) In St. Petersburg der freipraktizierende Arzt, Staatsrat Dr. Peter Kochanow, im Alter von 65 Jahren nach 37-jähriger ärztlicher Tätigkeit. — 3) In Smolensk der freipraktizierende Arzt Dr. Carl Büttner im 35. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene i. J. 1898 erlangt. 4) In Brjansk der Oberarzt des dortigen Militärlazaretts Dr. W. Tschulkow im 47. Lebensjahre. Seine militärärztliche Laufbahn hat er 1883 als jüngerer Arzt im Dorogobuch'schen Inf.-Reg. begonnen. 5) In St. Petersburg der ältere Fabriksinspektor, Staatsrat Dr. Sergius Lebedew im Alter von 53 Jahren. Als praktischer Arzt ist L. seit 1879 tätig gewesen.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Dr. W. Lange, der bekanntlich als Arzt am Evangelischen Feld Lazarett auf dem Kriegsschauplatze tätig war, ist in der vorigen Woche wohlbehalten in St. Petersburg eingetroffen. Ebenso ist Dr. A. Sternberg, der die Belagerung in Port-Arthur mitmachte und auf einer Fahrt

Digitized by Google

mit Depeschen aus Tschifu gefangen genommen wurde, aus der Gefangenschaft in Matsujama gesund zurückgekehrt.

— Wie die Geschäftsführung des Evangelischen Lazaretts mitteilt, hat Dr. v. Schiemann am 11. April telegraphiert (das Telegramm ist 14 Tage unterwegs gewesen!), dass er sich entschlossen hat, die Kolonne des Evangelischen Feldlazaretts zu teilen und in Huntschulin einen Arzt mit 6 Schwestern, 4 Sanitären und 6 Sanitätswagen als fliegenden Posten zurückzulassen, selber aber mit dem übrigen Teil des Personals und dem Lazarettmaterial nach Dshalantun zu fahren, um dort das Lazarett aufs neue einzurichten. Der Administrator des Lazaretts Grünerwald wird, nachdem er am neuen Lazarettort sein Feldlazarettdepôt an seinen Vertreter Leutnant Sitkow, der früher Administrator des jetzt aufgelössten Finnländischen Lazaretts war, übergeben, seine Urlaubsreise in die Heimat antreten.

— Wie wir aus dem «Russ. Invalid» ersehen, sind mehrere an der Spitze des Sanitätswesens auf dem Kriegsschauplatze stehende Aerzte für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner gleichzeitig mit je zwei hohen Orden dekoriert worden: So haben der Oberfeldmilitär-Medizinalinspektor beim Oberkommandierenden der Mandschurischen Armeen Dr. Ernst Gorbazewitsch, sowie der Korpsarzt des 10. Armeekorps Dr. Stephan Radezki — den Wladimirorden III. Klasse und zugleich den Stanislausorden I. Klasse, beide Orden mit Schwertern, und der Korpsarzt des 17. Armeekorps Dr. Nikolai Forbricher — den St. Annenorden I. Klasse und zugleich den Stanislausorden I. Klasse, beide ebenfalls mit Schwertern, erhalten.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner ist dem Oberarzt des 54. fliegenden Hospitals Dr. Idelsohn — der St. Annenorden II. Klasse mit Schwertern und dem stellv. Oberfeldchirurgen der Mandschurischen Armee Dr. Robert Wreden — der St. Stanislausorden II. Klasse mit Schwertern verliehen worden.

— Als Opfer der letzten mörderischen Schlachten bei Mukden sind in den neuesten Verlustlisten nachstehende Aerzte aufgeführt, und zwar als:

Gefallen: der jüngere Arzt des 16. Sappeurbataillons Dr. Benedikt Röhrich.

Verwundet: die Aerzte Lukas Martynow vom Tshernojarsker Inf.-Reg., Anton Jurezki von der 45. fliegenden Artilleriebrigade und G. Wolfenländer vom 9. ostsibirischen Schützenregiment.

Kontusioniert: die Aerzte S. O. Katz und W. O. Woldensan vom Pragaschen Inf.-Reg..

— Wie die «Lodz. Ztg.» aus sicherer Quelle erfährt, ist die Gesamtheit der im Warschauer Militärbezirk befindlichen freipraktizierenden Aerzte, die zur Reserve gehören, durch die Einberufung derselben zum aktiven Kriegsdienst im Fernen Osten erschöpft.

— Neuerdings ist aus Riga Dr. Georg v. Engelmann zum aktiven Dienst einberufen worden und verlässt in nächster Zeit Riga, um sich auf seinen Posten als Arzt auf dem Sanitätsschiff «Zesarewitsch» in Nishni-Nowgorod zu begeben. Ebenso haben die Rigaer Aerzte Dr. Karl Schabert und Dr. Ludwig Gauderer die Einberufungsorder erhalten: sie werden als Aerzte dem Sanitätsdampfer «Polesny» (ebenfalls in Nishni-Nowgorod) zukommandiert.

Von Kongressen und Vereinen.

— Dem «Nishegorodski Listok» zufolge, hat der Gouverneur von Irkutsk dem Präses der örtlichen Gesellschaft der Aerzte Dr. B. Eljaschewitsch eine Rüge erteilt wegen der Uebersendung einer «tendenziösen Adresse» an die Moskauer Universität anlässlich ihres Jubiläums. (R. Wr.)

— Ein Allrussischer Kongress von Dentisten und Zahnärzten wird in diesem Jahre vom 4.—9. Juli in St. Petersburg abgehalten werden.

— Der internationale chirurgische Kongress wird vom 5./18.—10./23. September d. J. in Brüssel unter dem Präsidium Prof. Dr. Kocher's (Bern) tagen.

— Auf dem vor kurzem geschlossenen 34. Deutschen Chirurgenkongress hat Prof. Dr. Bier (Bonn) interessante Mitteilungen gemacht über seine neue Methode, Gefühllosigkeit des Körpers vom Rumpf abwärts durch Einspritzung die Gefühlsnerven lähmender Mittel in den Rückenmarkskanal bei Operationen herzustellen. Er hat an der Verbesserung seines Verfahrens fortgesetzt weitergearbeitet, und nach den methodischen Untersuchungen in seiner Klinik ist das Verfahren von einem grossen Teil seiner Schattenseiten befreit, so dass er es jetzt empfehlen kann. Anstatt des giftigen Kokains benutzt er jetzt das viel unschädlichere Stovain, und durch den Zusatz von Nebennierenpräparaten hat er dem grossen Uebelstand abgeholfen, dass der lähmende Stoff sich zu weit nach oben im Rückenmarkskanal in die Nähe des Gehirnbezirkes verbreitet. Das Verfahren ist jetzt mit verschwindend seltenen Ausnahmen wirksam und hat seine Vorzüge besonders bei geschwächten alten Leuten, dagegen nicht bei Entbindungen, vor der Narkose und auch wohl weniger bei Bauchoperationen. Ueber seine Anwendung im Jugendalter hat B. noch keine Erfahrungen gesammelt. Auch in der Besprechung des Vortrages kamen nur zustimmende Urteile zu Tage. Das Verfahren hat für bestimmte Fälle seinen festen Platz in der Chirurgie erworben.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Moskauer Stadtverwaltung hat die Erlaubnis erhalten, eine Sammlung von Spenden zur Errichtung eines würdigen Denkmals für den bekannten Moskauer Philanthropen und Arzt Dr. Haas zu veranstalten, wie es dessen werktätige Liebe zu den Armen, Kranken und Gefangenen verdient hat. Bis jetzt erinnert an den Verstorbenen nur ein Grabmal auf dem Moskauer deutschen Gottesacker.

— Das hygienische Institut der Berliner Universität ist jetzt in einem prächtigen Neubau untergebracht, der einen Hörsaal mit 220 Sitzplätzen, musterhaft ausgestattete Räume für wissenschaftliche Arbeiten, besondere Zimmer für Pest- und Cholerastudien, photographische Kammern u. s. w. enthält. Auf der Eröffnungsfeier wies der Direktor des Instituts Prof. Rubner auf die innigen Beziehungen der hygienischen Wissenschaft zu den übrigen medizinischen Fächern hin, betonte aber, dass hygienische Belehrung heutzutage auch für weitere Kreise von eminenter Wichtigkeit ist und es eine ganze Reihe von Berufsarten giebt, die hygienische Kenntnisse besitzen müssen. Das neue Institut will daher nicht nur Mediziner und Aerzte unterweisen, sondern auch andere Kreise in Fortbildungskursen heranziehen.

— Vor den Osterfeiertagen wurde in Moskau bei dem städtischen Alten Katharinenhospital eine temporäre Abteilung des Gebärasyls eröffnet, zu dessen Bau der Moskauer Akkoucheur Dr. W. A. Jakubowski 10,000 Rbl. gespendet hat.

— Von regem Geschäftssinn zeugt nachstehender Prospekt-Auszug des Sanatorium's Sommerstein (bei Saalfeld in Thüringen):

P. P.

Ich erlaube mir, Ihnen beifolgend einen Prospekt-Auszug des Sanatoriums Sommerstein nebst Abhandlung über Regenerationskuren (nach Schroth etc.) zur gefälligen Durchsicht zu übersenden. Weitere Exemplare, auch von der Prospekt-Broschüre, stehen zur Verfügung. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mit Sommerstein in Verbindung treten und der Kur bedürftige Patienten nach hier überweisen würden. Zu Gegendiensten mit Vergnügen bereit, würde ich gerne als Ersatz für Honorarausfall Ihnen einen Prozentsatz des von den Patienten gezahlten Pensionspreises (etwa 10 Prozent) nach Beendigung der Kur zahlen.

Ihren geschätzten Nachrichten gerne entgegensehend, zeichnet

(Unterschrift des Direktors).

Der hier in Speerdruck hervorgehobene Passus bedarf keines Kommentars (d. Red.)

— Wie die Kurverwaltung von Franzensbad uns mitteilt, muss unter Bezugnahme auf die in letzter Zeit von verschiedenen Zeitungen des In- und Auslandes gebrachte irrige Nachricht über den Ankauf von Moorgrundstücken im beiläufigen Ausmasse von 30 ha bei Franzensbad durch den sächsischen Staat für das königliche sächsische Bad Elster konstatiert werden, dass die erwähnte Notiz insofern keinen Anspruch auf Wahrheit erheben kann, weil nicht Elster, sondern die Kurstadt Franzensbad den in Rede stehenden Grundkomplex käuflich erworben hat und sich bereits im faktischen und grundbücherlichen Besitze desselben befindet.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. April d. J. 9668 (863 wen. als in d. Vorw.), darunter 1128 Typhus — (77 wen.). 740 Syphilis — (100 wen.), 219 Scharlach — (18 wen.), 87 Diphtherie — (35 wen.), 161 Masern — (2 mehr) und 37 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.).

Digitized by Google

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3. bis zum 9. April 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
538	413	951	191	136	202	17	8	33	72	79	62	51	48	40	10	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 6, Typh. abd. 33, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 64, Scharlach 26, Diphtherie 19, Croup 0, Kenchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 40, Erysipelas 6, Grippe 13, Katarrhalische Lungenentzündung 107, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberkulose der Lungen 111, Tuberkulose anderer Organe 28, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 64, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungskanals 108, Totgeborene 39.

◆ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 10. Mai 1905.**

Tagesordnung: Diskussion über Henking's Vortrag vom 26. April (Kriegschirurgische Beobachtungen).
O. Moritz: Zur Kasuistik der Spirochaetenbefunde.

◆ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 9. Mai 1905.**

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Ein sehr nützliches Produkt aus Cascara-Sagrada

„CASCARINE LEPRINCE"

$C^{12} H^{10} O^5$

Medizinische Akademie 12. Juli 1892.

Akademie d. Wissenschaften 1. April 1893 u. 3. Juli 1899.

Erprobt: bei gewöhnlicher Verstopfung, Leberleiden, als antiseptisches Mittel für die Verdauungsorgane; bei Atonie des Verdauungskanals, Verstopfung bei Schwangeren und mit der Brust Stillenden, und gegen Gallenstein.
Gewöhnliche Dosis in Pillen: 2 Pillen nach dem Essen oder zur Nacht vor dem Schlafengehen.
Haupt-Depot: 62, rue de la Tour, Paris. (32) 12—6.
Depot in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle
bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.
◆ Käuflich in allen Apotheken. ◆ (51) 25—3.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.
Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.
◆ Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober. ◆
Prospekte durch die Bde-Direktion **Roncegno**. Südtiral.

EISENACH
KURANSTALT HAINSTEIN
NAHE DER WARTBURG
DAS GANZE JAHR GEÖFFNET
LEITENDER ARZT DR. HESS.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw**, Hamburg, (Literatur deutsche Medizinische Wochenschrift 1904, Nr. 27). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

G'eorge Heyer & Co., Hamburg 4.

INSTITUT
für
POCKEN-IMPFUNGEN
on Dr. Ochs.
(Existiert seit 1890.)
St. Petersburg.

Fläschchen Kalbs-Pocken zu 25 u. 50 Kop.
Bei Bestellungen unter einem Rbl. 15 Kop. für Versendung.

Digitized by Google

Thiocol „Roche"

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antituberculo. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche"

à 0,5 gr. bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche"

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Thigenol „Roche"

Synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organ. gebundenem Schwefel.

Braune, dicksyrupöse, geruch- u. geschmacklose, ungiftige Flüssigkeit.

Vorteile: *Gegenüber dem Ichthyol und seinen sonstigen Surrogaten:* Leicht resorbierbar, wirkt nicht reizend, sondern milde, juckreiz- und schmerzlindernd, lässt sich leicht mit Wasser abwaschen und fleckt nicht die Wäsche.

Indikationen und Verordnung: ***Ekzem,*** rein oder 20% Salbe (sofortige Abnahme des Jukkens, des Nässens und der Infiltration); ***Pruritus*** und ***Urticaria*** (sofortige juckstillende Wirkung); parasitäre Dermatosen wie: ***Scabies*** (Einreibung mit grüner Seife, nach 1 Stunde Bad, vollständige Einreibung mit Thigenolum purum, abends 2. Thigenoleinreibung. In 2 Tagen Heilung); ***Favus*** etc.; ***Akne;*** gynäkologischen Affektionen wie: ***Endo-, Para-*** und ***Perimetritis, Beckenexsudate,*** als 10—20% Thigenolvaginaltampons oder Suppositorien à 0,30; ***Rheumatismus*** (Einreibungen mit Thigenol, Chloroform āā 10,0, Spir. camphor 40,0); ***Erysipel*** (pur oder 10% Salbe) ***Ohrenkrankheiten*** (als 10—20% Spiritus); ***Fissura ani, Haemorrhoiden*** etc.

Alleinige Fabrikanten:
F. Hoffmann-LaRoche & Cie., Fabrik chem.-pharm. Produkte.
Basel (Schweiz) ✳ *Grenzach* (Baden).
Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpure. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche"

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate Eisen- u. Bromprotylin „Roche".

Arsylin „Roche"

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Sulfosotsyrup „Roche"

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Airol „Roche"

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche"

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Stypticin *anerkannt vorzügl. Haemostatikum, besonders bewährt bei Uterusblutungen. In Form von Substanz, Tabletten, Watte und Gaze.*

Veronal *ausgezeichnetes Hypnotikum ohne jegliche schädliche Nebenwirkung. In Dosen zu 0,25 bis 0,5 und bis 1 gr.* (11) 13—11.

Tropacocain *sehr beliebtes Anästhetikum. Besitzt d. anästhetischen Eigensch. d. Cocains ohne d. Nebenwirk. Die Lösungen sind sterilisierbar.*

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. R. Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien.
Prachtvolle, sonnige Lage. Ausführliche illustrierte Prospekte.
Friedrichroda i. Thür.

PENSION und BADE-ANSTALT
M. Bergfeldt.
Kurort „Hapsal" (67) 6—3.
Verschiedene Heilbäder. Herrliche Seebäder. Volle Pension während des ganzen Jahres.

Hôtel und Pension Hammerand
WIEN, VIII.
Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Digitized by Google

Xeroform

Bester Jodoformersatz. Im Gebrauch geruchlos, keimfrei, ungiftig selbst bei innerlicher Darreichung grosser Dosen als Darmantiseptikum. Schmerz- und blutstillend, nicht reizend, kein Ekzem erzeugend. Kräftiges Desodorans, eminent austrocknend und epithelbildend. **Spezifikum bei ulcus cruris, intertrigo, nässenden Ekzemen, Verbrennungen.** Sparsamer Verbrauch, daher billig in der Anwendung.

Bruns'sche Xeroform-Paste. (20) 11—5.

Creosotal

Creosotal „Heyden" ist nicht nur bewährtestes **Antiphthisikum,** sondern auch **Spezifikum,** bei nicht tuberkulösen Infektionskrankheiten der Luftwege. **Rapide Heilung von Pneumonie** (auch Broncho-, Masern-, Influenza-, Diphtherie-Pneumonie) durch grosse Dosen Creosotal: 10 bis 15 g pro die in 4 Portionen, bei Kindern Tagesdosis 1 bis 6 g.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY (61) 17—2.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 8 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

Natürliche Mineralwässer KISSINGEN

Rakoczy, Pandur, Bitterwasser	eisenhaltige Kochsalzquelle, weltbekannt bei Stoffwechselkrankheiten und Cirkul.-Störungen
Maxbrunnen	diätetische Tafelwasser mit diuretischer Wirkung.
Bockleter Stahlbrunnen	phosphorarsenhaltig, unübertroffen bei Anämie
Kissinger Badesalz	zu Kissinger Bäder im Haus

Aerzte erhalten Vorzugsbedingungen sowie Proben kostenfrei. Ueberall erhältlich, sowie durch direkten Bezug

(71) 6—1. Verwaltung der k. Mineralbäder Kissingen & Bocklet.

Bei

GALLENSTEIN-LEIDEN

bitten wir die Herren Aerzte höflichst,

** PROBILIN - PILLEN **

(nach **Dr. W. Bauermeister**)

zu verordnen, die sich schon vielfach gut bewährt haben.

GOEDECKE & Co., Fabrik mediz. u. pharmaz. Praep., LEIPZIG.

Generaldepot für ganz Russland Gesellschaft W. K. Ferrein, Moskau.

Wir bitten, die Beilage in Nummer 14 zu beachten.

ARENSBURG, Insel Oesel (Gouv. Livl.).

SCHLAMM- & SEEBAEDER.

Nach den Untersuchungen von Prof. Borgmann im Jahre 1904 besitzt der Schlamm hervorragende **RADIOACTIVE** Eigenschaften.

„Neue Heil- und Schlamm-Badeanstalt".

Saison vom 20. Mai bis 20. August.

Nähere Auskunft erteilen bereitwilligst die Aerzte der Anstalt: Dr. Med. G. I. Arronet, St. Petersburg, Kirotschnaja 8, W. 3, tägl. ausser Sonn.- u. Feiert. v. 6—7 Uhr Abends; v. 20. Mai ab in Arensburg, Dr. G. E. Carstens u. Dr. A. Baron Sass in Arensburg. Neue illustrierte Broschüre: «Arensburg und seine Kurmittel» N. Kymmels Verlag, Riga 1902, verkäuflich in allen Buchhandlungen. (56) 3—3.

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Kalte Seebäder. Temperatur des Wassers 15—16° R. Comfortabel eingerichtete Kurbadeanstalt und Kurhaus im Parke am Meere.: Beginn der Saison 20. Mai, Schluss derselben 20. August. Verabfolgt werden. Schlamm-, Moor-, Salz-, electrische, Sand-, Kohlensaure- und andere Heilbäder, hydrotherapeutische und orthopädische Behandlung, Luft- und Lichtbäder. Dieselben sind wirksam gegen Herz- und Nervenerkrankungen, Rheumatismus, zahlreiche chronische Krankheiten, Lähmungen, Bleichsucht, Skrofulose, Rhachitis, Frauenleiden und andere Krankheiten mehr. Massage. Desinfizierte Wäsche. Täglich Musik. Keine Kurtaxe. Weiterausgedehnte Anlagen, viele Promenaden am Meere. Billiges Leben. Dampfer- und Eisenbahnverbindung. Nähere Auskünfte, Prospekte und Quartiervermittelung gratis durch

(40) 6—6. **die Badecommission.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.

Дозв. ценз. Спб., 29 Апрѣля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. №15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY
UNIV. OF MICH.
JUN 19 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. – Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 18 St. Petersburg, den 7. (20.) Mai. **1905.**

Inhalt: Dr. Th. Dobbert: Ueber operative Behandlung der Fibromyome des Uterus (Schluss). — Bücheranzeigen und Besprechungen: Kövesi und Röth-Schulz: Pathologie und Therapie der Niereninsuffizienz bei Nephritiden. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Protokolle des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

(Aus der gynaekologischen Abteilung des Alexandrastifts für Frauen in St. Petersburg.)

Ueber operative Behandlung der Fibromyome des Uterus.

Von

Dr. Th. Dobbert.

(Schluss.)

Die abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus wurde bei 18 unserer Pat. mit 3 Todesfällen ausgeführt. Das ist ein sehr hoher Prozentsatz an Mortalität, welcher wohl zu Ungunsten dieses Operationsverfahrens ausgelegt werden könnte. Es zu tun, wäre durchaus nicht richtig.

Ich bin weit davon entfernt, die etwas grösseren technischen Anforderungen, welche die Totalexstirpation stellt, in Abrede stellen zu wollen, kann aber nicht umhin die grossen Vorzüge dieses Verfahrens für geeignete Fälle besonders hervorzuheben. Dasselbe war für die Mehrzahl unserer Fälle das einzige mögliche Vorgehen, da es sich um so komplizierte Verhältnisse handelte, dass bei Anwendung einer anderen Operationsmethode z. B. der supravaginalen Amputation sicher bedeutend mehr letal verlaufene Fälle zu verzeichnen gewesen wären, beziehungsweise die Pat. nicht in so vollständiger Weise ihre Leistungsfähigkeit wiedererlangt hätten. Handelte es sich doch in 10 unserer Fälle um die schon eingangs erwähnte verhängnissvolle Kombination von Myom und eitrigen Prozessen in den Adnexen resp. Beckenperitoneum, in 1 Falle um ein sarcomatös degeneriertes Myom und in den übrigen teils um intraligamentären resp. subperitonealen Sitz der Geschwulst, wobei sich noch in 4 Fällen ausgedehnte pelviperitonitische Prozesse adhaesiver Natur hinzugesellten.

Sehen wir uns ausserdem die letal verlaufenen Fälle etwas näher an, so finden wir, dass im ersten Falle, einer 43 Jahre alten Frau, der Tod am 3. Tage nach der Operation plötzlich unter den Erscheinungen zunehmender Herzschwäche eintrat. Obgleich bei der Sektion keine Anzeichen einer Peritonitis gefunden wurden, so scheint doch die in der Krankengeschichte vermerkte Aufgetriebenheit des Leibes und häufiges Erbrechen darauf hinzuweisen, dass eine Infektion nicht vollständig von der Hand zu weisen ist, welcher das degenerierte Herz keinen genügenden Widerstand entgegensetzen konnte.

Im 2. Falle verfiel die Pat. am 4. Tage nach der Operation in einen Zustand maniakalischen Irreseins. Nach Entfernung der Nähte am 10. Tage platzte infolge äusserst unbändigen Verhaltens der Pat. die per primam geheilte Bauchwunde auf und die Frau erlag einer an den Vorfall der Därme sich anschliessenden Peritonitis 13 Tage post operationem. Die 3. Pat. endlich wurde bei schon bestehender Peritonitis, welche sich im Anschluss an eine Pyosalpinx entwickelt hatte, operiert und erlag der eitrigen Bauchfellentzündung am darauf folgenden Tage.

Welche dieser Fälle von letalem Ausgang können gerechter Weise der Totalexstirpation zur Last gelegt werden? Allenfalls der erste, keinenfalls jedoch der 2. und 3. Es sprechen mithin unsere Resultate durchaus nicht gegen die Totalexstirpation. Nach unseren Erfahrungen werden wir diese Operation nur als einen schwierigeren und infolge dessen grössere Gefahren involvierenden Eingriff bezeichnen können, welchem jedoch in Fällen, in welchen die anatomischen Verhältnisse ein solches Verfahren rechtfertigen, eine grosse Leistungsfähigkeit nicht abgesprochen werden kann. Der schwierigeren Technik ist es wohl auch zuzuschreiben, dass beide Nebenverletzungen, welche sich unter unseren Fällen von Myomoperationen ereigneten, unter die Totalexstirpationen gehören und zwar eine Blasenverletzung und eine Durchschneidung eines Ureters. Bei Ausführung der Operation haben wir uns nicht an eine bestimmte Methode gehalten, sondern die Wahl je nach den Verhältnissen getroffen,

Digitized by Google

3 Fälle wurden nach Ott mit praeventiver vaginaler Umschneidung der Portio total exstirpiert; in 3 Fällen wurde typisch nach Martin, in 5 Fällen nach Mackenrodt mit Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, aber ohne vorausgeschickte Füllung der Blase vorgegangen; 7 Fälle wurden nach Kelly mit medianer Spaltung des Uterus operiert. Letzterem Verfahren glaube ich, sobald es die anatomischen Verhältnisse gestatten, einen gewissen Vorzug einräumen zu müssen, insofern als demselben die Eröffnung der Scheide in schneller und ausgiebiger Weise erfolgt und im weiteren Verlauf der Operation ein Eingehen mit dem Finger in die Vagina nicht erforderlich ist, mithin die Asepsis nicht gefährdet wird. Viel grösseren Wert als auf die Methode, nach welcher die Totalexstirpation ausgeführt wird, glaube ich auf die Herstellung günstiger Wundverhältnisse legen zu müssen, um ein gutes Heilungsresultat zu erzielen. In den meisten Fällen von Totalexstirpation, nach oben angeführten Indikationen ausgeführt, wird man es wohl mit mehr weniger ausgedehnter, von Peritoneum entblösten und reichlich secernierenden Wundflächen oder mit einem seiner vitalen Energie in grösserer Ausdehnung beraubten Peritoneum zu tun haben — Verhältnisse, welche bekanntlich am wenigsten geeignet sind einen ungestörten Verlauf nach einer Laparotomie voraussetzen zu lassen. Eine Ausschaltung der geschädigten Peritonealbezirke, ein Trockenlegen secernierender Wundflächen erscheint daher unbedingt geboten und wird anerkanntermassen am zweckmässigsten durch Tamponade erreicht. Darin besteht eben ein grosser Vorzug der Totalexstirpation, dass durch dieselbe günstige Abflussverhältnisse zur Scheide hin geschaffen werden können. Eine Tamponade der offenen Bauchhöhle involviert andererseits wieder gewisse Gefahren. Ganz abgesehen von der Möglichkeit einer Fortleitung von Infektionskeimen aus der Scheide in die Peritonealhöhle, können bekanntlich durch Verklebungen der dem Tampon aufliegenden Darmschlingen Ileuszustände und durch Bildung ausgedehnter Verwachsungen der Därme unter einander und mit dem Beckenperitoneum sehr schmerzhafte Folgezustände heraufbeschworen werden, welche gar nicht so selten zu nochmaligen operativen Eingriffen Veranlassung gegeben haben. Das Ideal wird demnach sein, die Peritonealhöhle über dem Tampon abzuschliessen und die geschädigten Gewebsbezirke durch denselben aus der Peritonealhöhle vollständig zu eliminieren. In über der Hälfte unserer Fälle von Totalexstirpation haben wir mit Zuhilfenahme der Blase, des restierenden Teiles des Beckenperitoneums, der Appendices epiploicae, ja selbst der flexura sigmoidea einen Abschluss der Peritonealhöhle herbeizuführen gesucht und erblicken in einer solchen Autoplastik, gestützt auf unsere, auch an anderen operativen Eingriffen gesammelten, in dieser Beziehung nicht geringen Erfahrungen die beste Garantie für einen günstigen Verlauf nach der Operation und eine beschwerdefreie Rekonvalescenz.

Obige Ausführungen dürften genügen, um unseren Standpunkt zu rechtfertigen, nach welchem wir in den beiden abdominalen Radikaloperationen nicht 2 Konkurrenzoperationen erblicken, sondern 2 gleichberechtigte Eingriffe, deren Wahl ja nach den Verhältnissen des gegebenen Falles zu treffen ist.

Es erübrigt der Vollständigkeit wegen noch ein Vergleich unserer Resultate mit denjenigen anderer Autoren. Ein solches Vergleichen hat immer etwas missliches, denn gerechter Weise dürfen doch nur Faktoren mit einander verglichen werden, welche gleichwertig sind.

Für die supravaginale Amputatio berechnet Winter[8]) aus 689 von Anhängern dieser Methode ausgeführten Operationen die Sterblichkeit nach derselben auf 4,6 pCt. was ungefähr auch mit unserer Mortalitätsziffer (5 pCt.) übereinstimmt. Zum Vergleiche der Ergebnisse der Totalexstirpation führe ich einige derselben Autoren sowie auch solcher an, welche einen dem unserigen analogen Standpunkt einnehmen:

	Totalexstirpationen mit	Todesfällen.
Hofmeier[9]) machte	14	5
Winter[8])	3	1
Pfannenstiel[10]) (Kober)	16	2
Wyder[11]) (Schwarzenbach)	46	11
Czempin[12])	44	6
	123	25 = 20,3 pCt.

Einen ähnlichen Prozentsatz von 16,6 haben auch wir bei unseren Totalexstirpationen zu verzeichnen gehabt.

Vaginale radikale Operationen sind in 24 unserer Fälle ausgeführt worden. Einen Todesfall haben wir nicht zu verzeichnen gehabt. Dieser Umstand spricht trotz der geringen Anzahl operierter Fälle zu Gunsten der vaginalen Operationsmethoden und beweist die Ungefährlichkeit des Eingriffes in den oben für denselben angegebenen Grenzen.

Es ist von viel berufenerer Seite so viel für und wider die vaginalen Myomoperationen gesprochen und geschrieben worden, dass es fasst vermessen erscheinen könnte, wenn ich in dieser Frage das Wort ergreife. Dennoch tue ich es, wohl wissend, dass folgendes nicht von Ausschlag gebender Bedeutung sein kann, wohl aber den Werdegang unserer Stellungsnahme zu den Indikationen für die operative Behandlung der Myome am besten zu illustrieren imstande ist. Wie es wohl sehr vielen ergangen, so haben auch wir uns anfänglich den vaginalen Myomoperationen gegenüber recht skeptisch verhalten. Die bei Inangriffnahme anderer pathologischer Zustände mit dem vaginalen Wege gemachten guten Erfahrungen im Verein mit den aus der Literatur erhaltenen Eindrücken bewogen uns, es nicht bei vereinzelten Versuchen zu lassen, die Myome auch per vaginam anzugreifen, sondern systematischer vorzugehen. Das Resultat davon war, dass von Jahr zu Jahr die Zahl per vaginam operierter Myome zu-, diejenige der per abdomen operierten abnahm. In recht instruktiver Weise tritt das hervor in einer Zusammenstellung der letzten 5 Jahre, in welchen wir mit einem ziemlich gleichmässigen Myommaterial gearbeitet haben.

	1900	1901	1902	1903	1904
Supravaginale Amputationen	12	6	8	6	3
Abdomin. Totalexstirpationen	2	3	3	1	4
Vaginale Totalexstirpationen	1	2	4	5	8
Summa	15	11	15	12	15

Das Verhältnis der abdominalen Operationen gestaltete sich also 1900 noch wie 14 : 1, 1904 dagegen schon wie 7 : 8. Wie ferner aus der kleinen Tabelle ersichtlich, nahmen die vaginalen Operationen ausschliesslich auf Kosten der supravaginalen Amputationen zu. Wir haben in den früheren Jahren entschieden zu häufig amputiert d. h. Pat., welche in viel ungefährlicherer Weise von

[8]) a. a. O.

[9]) a. a. O.

[10]) Beitrag z. operativen Myombehandlung. Beiträge z. Geb. u. Gyn. Bd. 8.

[11]) Beiträge z. Geb. u. Gyn. Bd. 6.

[12]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 49.

Digitized by Google

ihrem Leiden hätten befreit werden können, einem schwereren Eingriff unterworfen, welchen sie eventuell auch nicht gut hätten vertragen können. Dass sie es dennoch getan haben, darf unmöglich zu Gunsten einer richtigen Wahl der Operationsmethode in diesen Fällen ausgelegt werden. In den letzten Jahren haben wir mehrere Pat. mit schweren Anaemien und vorgeschrittenen Degenerationszuständen des Herzens, welchen man eine Laparotomie nicht mehr zutrauen durfte, auf vaginalem Wege von ihren Tumoren befreit und sie haben alle den Eingriff gut vertragen. An solchen Fällen lernt man am besten die Vorzüge des vaginalen Weges kennen und schätzen. Es ist, in gewissen Grenzen angewandt, fraglos das einen geschwächten Organismus schonendere, mithin auch ungefährlichere Verfahren.

Besitzen wir nun einerseits in den vaginalen Operationen ein verhältnismässig ungefährliches Mittel und können wir andererseits einer mit Myomen behafteten Frau nicht die Gewissheit geben, dass das Myom nicht nach Jahr und Tag schnell wachsen, in unheilvoller Weise sich komplizieren resp. lebensbedrohliche Erscheinungen machen wird, so können wir logischer Weise der Frau doch nur anraten, sich den Tumor entfernen zu lassen, so lange es noch auf vaginalem Wege geschehen kann.

Bei Ausübung der vaginalen Exstirpation haben wir einer bestimmten Methode nicht gehuldigt, sondern jedesmal dasjenige Verfahren gewählt, mittelst welchen dem Tumor am bequemsten beizukommen war. 4 unserer Fälle wurden nach der klinischen Czerny'schen Methode mit sukzessiver Unterbindung und Durchtrennung der lig. lata operiert. In 3 dieser Fälle handelte es sich um nicht wesentlich durch die Geschwülste vergrösserte Organe; in einem Falle allerdings um eine über Faustgrösse, durch ein in Nekrose übergegangenes submucös-intramural gelegenes Myom vergrösserte Gebärmutter, deren Entfernung in toto auf diesem Wege nur mit vieler Anstrengung glückte. 7 mal gelang es nach Spaltung der Gebärmutter nach Döderlein die Uteri ohne Zerstückelung zu entwickeln, welche durch subserös-interstitielle oder intramurale Myome bereits die Grösse einer Faust erreicht hatten. In 13 Fällen konnte die Totalexstirpation nur nach Verkleinerung der Geschwülste mittelst Morcellement ausgeführt werden, wobei die Grösse derselben von Faust- bis Kindskopfgrösse und wenig darüber schwankte; in 10 dieser Fälle wurde ohne praeventive Blutstillung operiert, 6 mal nach Döderlein, 4 mal nach Doyen; in 3 Fällen gelang es trotz Spaltung der hinteren und vorderen Cervixwand erst nach Durchtrennung der lig. cardinalia den Tumor so weit zugänglich zu machen, dass ein Morcellement ausgeführt werden konnte.

Enge des Introitus resp. der Scheide erforderte in 7 unserer Fälle von vaginaler Totalexstirpation (bei 4 Nulliparen und 3 vor längerer Zeit 1 mal geboren habenden Pat.) die Ausführung einer linksseitigen tiefen Scheiden-Dammincision.

Nicht ohne Einfluss auf den postoperativen Verlauf und eine ungestörte Rekonvalescenz ist auch nach unseren Erfahrungen der Abschluss der Peritonealhöhle nach vaginalen Myomoperationen. Wir suchten daher in letzter Zeit denselben, wenn nur irgend möglich, durchzuführen. Stärkere Eiterungen und bedeutendere Nekrosen, wie sie besonders gerne nach Anwendung von Klemmen aufzutreten pflegen, werden dadurch am besten vermieden und unschädlich gemacht, desgleichen auch der Bildung entzündlicher Infiltrationen um die Operationsstümpfe vorgebeugt. In wie unliebsamer Weise aber solche Infiltrationen die Konvalescenz in die Länge ziehen und den primären Effekt der Operation beeinträchtigen können, ist hinlänglich bekannt und haben wir in 3 unserer Fälle zu beobachten gehabt.

Ich kann das Kapitel von den radikalen Myomoperationen nicht schliessen, ohne — wenn auch nur flüchtig — einiger Erscheinungen Erwähnung getan zu haben, welche im Gefolge dieser Eingriffe auftreten können. Eine längst bekannte Tatsache ist es, dass, nach der Entfernung myomotöser Uteri, mit dem Aufhören der Menstruation nicht selten Symptome einsetzen, welche denjenigen analog sind, welche das physiologische Klimakterium der Frau einzuleiten und zu begleiten pflegen. Diese «Ausfallerscheinungen» machen sich in um so unliebsamerer Weise geltend je jünger das Individuum, welches durch die Operation in einen solchen Zustand praecipitierter Klimax versetzt worden ist; dieselben brauchen durchaus nicht immer direkt im Anschluss an die Operation aufzutreten, sondern können sich erst nach Jahren einstellen.

Da der ganze Symptomenkomplex unmöglich allein durch die Entfernung des Uterus und durch den Ausfall der Menstruation eine genügende Erklärung finden konnte, war man geneigt den Funktionen der Ovarien die Hauptrolle zuzuschreiben und suchte dementsprechend diese Organe nach Möglichkeit nicht nur zu schonen, sondern auch in möglichst günstigen Ernährungsverhältnissen zurückzulassen.

Nun ist man aber bei fast $^1/_3$ aller Myomoperationen leider nicht in der Lage, die Ovarien schonen zu können. Auch hat ferner die Erfahrung gelehrt, dass nicht nur in den Fällen, wo die Ovarien entfernt werden mussten, sondern auch in denjenigen, in welchen Ovarien, eines oder beide, unter günstigen Ernährungsbedingungen belassen wurden, gar nicht so selten dennoch Ausfallerscheinungen sich einstellten. Beobachtungen in dieser Beziehung haben wir auch zu machen Gelegenheit gehabt und zwar häufiger nach abdominalen als nach vaginalen Radikaloperationen.

Nur zum Teil findet genanntes Faktum eine Erklärung in dem von Abel[13]), Burckhardt[14]), Werth[15]) u. a. gelieferten Nachweis, dass nach radikalen Myomoperationen recht bald eine Atrophie der zurückgelassenen Ovarien eintritt. Der Umstand, dass Ausfallerscheinungen gleich nach der Operation einsetzen können, also zu einer Zeit, wo von einer Atrophie der Ovarien noch keine Rede sein kann, ferner auch die Beobachtungen, dass nach Exstirpation eines normalen Uterus Ausfallerscheinungen viel seltener auftreten, haben bis jetzt noch keine genügende Erklärung gefunden. Auf diese schwache Seite der Theorie weist Henkel[16]) hin und sucht das eigentümliche Verhalten gerade nach Radikaloperationen bei Myom dadurch zu erklären, dass «die unter dem Einfluss der Myomentwickelung, neugebildete Uterusmuskulatur auf dem Wege der inneren Sekretion Stoffe produziert, welche eine Paralysierung durch Steigerung der ovariellen Funktion notwendig macht (Toxine und Antitoxine). Entfernen wir bei einer Frau einen myomatösen Uterus mit reichlich neugebildeter Uterusmuskulatur, so werden wir regelmässig Ausfallerscheinungen haben, gleichviel, ob wir die Eierstöcke erhalten oder nicht. Bei subserösen Myomen oder da, wo die Beteiligung der Uterusmuskulatur und der Ovarien gering ist, werden die Ausfallerscheinungen nach der gleichen Operation fehlen, vorausgesetzt, dass wir die Ovarien zurückgelassen haben». Den Zusammen-

[13]) Arch. f. Gyn. Bd. 57.
[14]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 53, Heft 1.
[15]) Klin. Jahrbuch, 1902.
[16]) a. a. O.

Digitized by Google

hang erklärt Henkel folgenderweise: «Erfolgt die Myomentwickelung ohne gleichzeitige Vermehrung der Uterussubstanz, so werden die in Frage kommenden toxischen Substanzen — oder wie man sie nennen will — nicht gebildet und es liegt demzufolge auch keine Veranlassung zu einer aktiven Reaktion des Eierstockes vor. Die Entfernung des Uterus aber würde in einem solchen Falle den gleichen Effekt auf den Gesamtorganismus ausüben, wie die eines sonst normalen Uterus, wobei man ebenfalls die Ovarien zurücklässt.

Wie nun dem auch sei, das eventuelle Auftreten von Ausfallerscheinungen bleibt ein Nachteil der radikalen Myomoperationen. Wir heilen durch den Eingriff die Kranken allerdings definitiv von ihrem Leiden, müssen aber nach Untersuchungen von Burckhardt nach supravaginaler Amputation in 33 pCt., nach Totalexstirpation in 50 pCt. der Fälle auf Ausfallerscheinungen rechnen, welche in ca. 12 pCt. nicht von atrophischen Vorgängen im Ovarium abhängig sind. Als quantité negligeable können wir allenfalls den Wegfall der Menstruation, nicht aber das Auftreten von Ausfallerscheinungen bezeichnen; wir werden trachten müssen, letztere nur dann mit in den Kauf zu nehmen, wenn uns keine anderen Mittel zur Verfügung stehen, um die Pat. von ihrem Leiden zu befreien, mit Freuden aber eine Operationsmethode begrüssen, welche uns bei gleicher Ungefährlichkeit wie die Radikaloperation dieselbe Sicherheit auf Heilung ohne Verstümmelung der Frau gewährleistet.

Die konservativen Myomoperationen stellen nach gleichlautenden Angaben aller Autoren diejenigen Eingriffe dar, nach welchen eine Beeinträchtigung der physiologischen Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane am wenigsten zu befürchten ist. Aus den Berichten von Ohlshausen, Henkel[17]) u. a. ist sogar zu ersehen, dass nach Entfernung der Myome ein um das Vielfache vergrösserter Uterus allmählich sich zur normalen Grösse zurückbildet und die hypertrophischen Ovarien zur Norm zurückkehren, ohne zu atrophieren. Aus eingehenden Untersuchungen Winters[18]) geht ferner hervor, dass die Folgezustände der Operation sich am Uterus in auffallend geringer Weise bemerkbar machen. Das Organ bleibt infolge dessen sehr wohl befähigt das Ei zur Entwickelung zu bringen und bis zur vollendeten Reife zu beherbergen. Geburtsstörungen von Seiten des Uterus sollen gleichfalls nicht zu befürchten sein. Zu bemerken ist allerdings, dass eine Gravidität nach Ausschälung kleinerer, auch multipler, subserös interstitieller Myome durchaus möglich, bei Myomen von Kindskopfgrösse schon recht selten, und bei noch grösseren Tumoren extrem selten ist.

Solche Vorteile bieten die konservativen Myomoperationen; nicht hoch genug können sie veranschlagt werden. Wie steht es aber mit der Befreiung der Pat. von ihren Beschwerden; wie mit den Primär- und Dauerresultaten nach den konservativen Operationen? Diese Fragen von sehr wesentlicher Bedeutung müssen augenblicklich noch als nicht spruchreif betrachtet werden. Wie die Verhältnisse liegen, charakterisieren am besten Aussprüche von Hauptvertretern der verschiedenen Operationsmethoden.

Nach meiner Auffassung, schreibt Martin[19]), bietet die konservative Methode in der Tat wesentliche Vorteile für das spätere Befinden. Sie befreit von den Beschwerden, welche die Kranken zur Abhülfe zu uns führen. Ihre primären Resultate sind schon jetzt befriedigend und werden, je weiter unsere Technik sich vervollkommnet, um so bessere werden. Dagegen hebt Winter[20]) hervor, dass wir unsere Kranken durch die konservative Methode wohl von ihren Myomen befreien, aber sie nicht gesund machen, dieselben daher nur einen individuellen und bedingten Vorteil gewähren. Bei Uterusmyomen soll man im allgemeinen radikal operieren. Die konservative Operation ist in den dafür geeigneten Fällen berechtigt, wenn die Kranke weitere Nachkommenschaft dringend wünscht und wenn sie grossen Wert auf Erhaltung der Menstruation legt.

Erst wenn ein noch viel grösseres Material über die primären und die Dauerresultate vorliegen wird, wird das Endurteil in diesen Fragen gesprochen werden können. Bei Fällung desselben dürfte neben Momenten rein technischer Natur auch den anatomischen Verhältnissen eine nicht unwesentliche Rolle zufallen. Sind wir doch bei submucösen oder subserösen gestielten Myomen schon längst nicht mehr im Zweifel, ob konservativ oder radikal vorzugehen ist. Bei subserös-interstitiellen, hauptsächlich aber bei den intramural entwickelten Myomen, welche bis jetzt bekanntlich die schlechteste Prognose liefern, muss sich erst noch erweisen, innerhalb welcher Grenzen die veränderten anatomischen Verhältnisse noch auf eine anstandslose Heilung werden rechnen lassen. Grösse und Anzahl der Tumoren werden in dieser Beziehung auch nicht irrelevante Faktoren abgeben. Bei grossen Tumoren, bei welchen, wie wir gesehen haben, eine nachfolgende Conception so gut wie ausgeschlossen ist, scheint es doch sehr fraglich zu sein, ob wir je berechtigt sein werden, allein der Ausfallerscheinungen wegen konservativ vorzugehen. Vom praktischen Standpunkte aus ist es unter augenblicklichen Verhältnissen jedenfalls richtiger, solche Fälle nicht konservativ, sondern radikal zu operieren.

Die Zahl unserer konservativ behandelten Fälle ist viel zu klein, um in irgend welcher Richtung zur Klärung der strittigen Fragen beitragen zu können.

Auf abdominalem Wege ist 6 mal konservativ vorgegangen worden, 2 mal bei subserös, 3 mal bei subserös-interstitiell entwickelten Myomen von Pflaumen- bis Apfelgrösse. In einem Falle wurde ein über faustgrosses, subperitoneal gelegenes und mit der vorderen Cervixwand durch einen fingerdicken Stiel noch in Zusammenhang stehendes abgesprengtes Myom aus dem Beckenbindegewebe ausgeschält. Per Colpotomiam wurde nur 1 mal ein intraligamentär entwickeltes Cervixmyom enucleiert. Todesfälle haben wir nach diesen konservativen Myomoperationen nicht zu verzeichnen gehabt.

Vaginale konservative Operationen von der Höhle aus wurden 13 mal vorgenommen. In 8 Fällen handelte es sich um pflaumen- bis walnussgrosse gestielte fibröse Polypen, welche durch Abbrechen des Stieles bei teils spontan, teils durch Laminaria erweitertem Cervikalkanal entfernt wurden. In 1 Falle konnte ein apfelgrosses, breitbasig der vorderen Uteruswand aufsitzendes, zum Teil schon in die Scheide geborenes submucöses Myom ausgeschält werden. Nach Spaltung der vorderen Cervixwand wurden 2 c. hühnereigrosse submucöse Myome in toto ausgeschält und entfernt, 2 faust- resp. kindskopfgrosse submucöse Myome erst nach vorausgeschickter Verkleinerung per morcellement.

Einen Todesfall haben wir nach diesen Eingriffen gleichfalls nicht zu verzeichnen gehabt.

Der grösseren Uebersicht wegen stelle ich das Material, welches dieser Abhandlung zu Grunde gelegen hat, in folgender Tabelle zusammen.

[17]) a. a. O.
[18]) a. a. O.
[19]) Zu den Myomfragen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 20, Heft 5, pag. 1136.
[20]) a. a. O. pag. 188.

Digitized by Google

I. Abdominale Operationen.

a) Konservative.			
1) Ausschälung subserös-interstit. Myome	5 Fälle	mit 0	Todesf.
2) Ausschälung subperitonealer Myome	1 »	» 0	»
b) Radikale.			
1) Amputatio supravaginalis	39 »	» 2	»
2) Totalexstirpation des Uterus	18 »	» 3	»

II. Vaginale Operationen.

a) Konservative.			
1) Operationen von der Höhle aus	13 »	» 0	»
1) Ausschälung intralig. entwickelt. M.	1 »	» 0	»
c) Radikale.			
Totalexstirpation des Uterus	23 »	» 0	»

100 Fälle mit 5 Todesfällen = 5%.

An der Hand obigen Materials und des notwendigsten Nachweises aus der Literatur habe ich versucht, in möglichster Kürze die hauptsächlichsten operativen Massnahmen und die mit denselben zu erzielenden Erfolge in der Behandlung der Myome zu skizzieren. Trotz mancher noch nicht gelöster Probleme berechtigen uns, glaube ich, die auch auf diesem Gebiete der operativen Gynäkologie gezeitigten Resultate zu einer energischeren Inangriffnahme dieser Geschwulstform mit dem Messer. Die Erfolge sind nachweisbar um so bessere, je einfacher die Verhältnisse liegen, d. h. je früher wir operieren. Bei frühzeitigem Operieren werden wir auch nicht nur häufiger in der Lage sein, konservativ vorgehen zu können, sondern auch, wenn ein radikaler Eingriff für richtiger gehalten werden sollte, durch Entfernung eines verhältnissmässig noch wenig in seiner Muskulatur veränderten Organes die Frauen mehr vor den Ausfallerscheinungen zu schützen imstande sein. Ich möchte durchaus nicht so verstanden werden, als ob ich für die Entfernung eines jeden diagnostizierten Myomes plaidiere. Individualisierend vorzugehen ist auch hier sehr am Platz. Subseröse, wo möglich gestielte, Myome wollen anders beurteilt sein als subserös-interstitielle oder interstitiell-submucös eingebettete Tumoren.

Eine ausschlaggebende Bedeutung ist ferner der sozialen Stellung der Kranken einzuräumen. Einer Frau der arbeitenden Klasse, welche zur Zeit der Menstruation nicht auf der Chaise longue ausruhen kann, sondern körperlich angestrengt zu arbeiten gezwungen ist, welche viel leichter schädigenden Einflüssen und Injektionen ausgesetzt ist, welche nicht in gewissen Intervallen zwecks Kontrolle sich dem Arzte vorzustellen imstande ist, stehe ich nicht an, eine möglichst frühe Entfernung selbst kleiner Geschwülste dringend anzuraten.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Kövesi und Róth-Schulz. Pathologie und Therapie der Niereninsuffizienz bei Nephritiden. Vorrede von A. v. Korányi. Gekrönte Preisschrift. Leipzig. Thieme 1904. Preis 7 Mk.

Vorliegende Arbeit enthält das Ergebnis der Forschungen über Niereninsufficienz, welche seit einer Reihe von Jahren Korányi und seine Schüler beschäftigen. Die Grundlage bildete bekanntlich die Einführung der Gefrierpunktsbestimmung von Körperflüssigkeiten in die Klinik. Die Verf. haben nebenbei den Stoffwechsel ihrer Kranken genau kontrolliert. In ihren Versuchsprotokollen finden sich die Daten über: Gefrierpunktserniedrigung im Urin, im Blut, zuweilen im Schweiss, N-gehalt des Urins; N-gehalt des Urins nach Enteiweissen; P_2O_5 gehalt des Urins; N-gehalt des Kots; ClNa im Urin; ClNa im Schweiss; Harnmenge und spezifisches Gewicht des Harns; Körpergewicht des Pat. Nebenbei natürlich genaue Berechnung der Nahrungszufuhr. In den beigegebenen 14 Versuchsprotokollen steckt eine sehr grosse, zeitraubende Summe von Arbeit, die volle Anerkennung verdient und deren interessante Ergebnisse ihr bester Lohn sind. Eine volle Wiedergabe der Resultate ist hier nicht möglich, doch seien folgende Ergebnisse hervorgehoben: «Das Mass der Kondensations- und Verdünnungsfähigkeit der kranken Nieren und der Unterschied zwischen parenchymatösen und kompensierten interstitiellen Nephritiden liegt nicht in der verschiedenen Grösse des Gefrierpunktes des Harnes, sondern in der verschiedenen Veränderlichkeit desselben. In Fällen von ödematöser parenchymatöser Nephr. zeigt der Gefrierpunkt des Harnes im Lauf längerer Beobachtung kaum veränderte Werte, trotz schwankender Harnmenge und trotz solcher Eingriffe, welche unter normalen Verhältnissen sehr grosse Schwankungen des Gefrierpunktes nach sich ziehen. Bei Nephr. interst. ohne Oedem. reagiert der Gefrierpunkt auf künstliche Eingriffe (Diaphorese, reichliche Flüssigkeitsaufnahme) mit grossen Schwankungen.

Bezüglich der Theorie der Wassersucht sind die Verf. wesentlich der Ansicht von Bartels, dass «die entscheidende Rolle bei der Insuftizienz der Wassersekretionskraft der Nieren zufällt». Ferner sind sie der Ansicht «dass die hydrämische Plethora selbst die Bedingungen zu dem Missverhältnis zwischen Zufluss und Abfluss der Gewebeflüssigkeit schafft, welches die zunehmende Wassersucht darstellt». Dabei spielen die Drucksteigerung in den Kapillaren und der Verlust der Elastizität der Gewebe eine wichtige Rolle. Die Retention von Harnbestandteilen im Blut erhöht dessen osmotischen Druck, wodurch die «Perspiratio insensibilis» sinkt und eine hohe Wasserzufuhr bedingt wird (Polydipsie).

Gelegentlich spielt auch die Schädigung der Kapillaren (Cohnheim) und der Gewebe durch die Krankheitsursache selbst eine Rolle bei der Wassersucht.

Für die Behandlung ist vor allem die Regelung der Diät wichtig: es muss der Retention von N, ClNa, P_2O_5 und anderen Salzen vorgebeugt werden. Zu diesem Zweck ist die Feststellung der Ausscheidungsfähigkeit der Niere für diese Stoffe in jedem Fall notwendig. Nur auf Grund vieler derartiger Untersuchungen werden sich allgemein giltige therapeutisch-diätetische Vorschriften gewinnen lassen. (Für den praktischen Arzt sind solche Untersuchungen natürlich ein Ding der Unmöglichkeit). Reichliche Kochsalzaufnahme ist bei Oedemen jedenfalls kontraindiziert. Diaphorese, Katharsis und Diuretika können gelegentlich bei Niereninsuffizienz von guter Wirkung sein, da die auf diese Weise ausgeschiedenen Flüssigkeiten zuweilen eine beträchtliche molekuläre Konzentration besitzen.

Komplizierte biologische Vorgänge, wie die Niereninsuffizienz sie darstellt, bieten einer einwandsfreien theoretischen Erklärung vorläufig noch gewaltige Schwierigkeiten. Vorliegendes Werk hat uns auf diesem Gebiet um einen Schritt weiter gebracht.

O. Moritz.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 14. Dezember 1904.

Präses: Schmitz. — Stellv. Sekretär: Ucke.

1. Dombrowski: «Ueber Hämorrhoidaloperationen».

Die früheren Ansichten über die Aetiologie der Hämorrhoiden, wonach sie auf Cirkulationsstörungen, Elasticitätsverlust der Venenwandungen endophlebitische Prozesse und dgl. zurückgeführt wurden, sind wohl jetzt zumeist zu Gunsten der Auerbach'schen Auffassung verlassen, der zufolge wir das Leiden als eine Art Tumor, ein Angiom anzusehen haben.

Die jeweiligen Anschauungen beeinflussen auch unser therapeutisches Handeln. Beim chirurgischen Vorgehen gewährleistet nur die Radikaloperation sichere Heilung vom Leiden. Diese kann durch 1) Kauterisation, 2) Exstirpation und 3) Ligaturbehandlung erreicht werden.

Vortr. hat eine besondere Klemmzange konstruiert, in die er die Knoten fasst und auf den Branchen der Zange mit dem Thermokauter absengt. Nach 6—7 Tagen wird das in den Mastdarm eingeführte Rohr entfernt und es bleibt ein schmaler Streifen von Granulationsgewebe zwischen Haut und Schleimhaut nach, der sich bald mit Haut überzieht. Seit 11 Jahren operiert Vortr. nach dieser Methode und hat weder Stenosen noch Rezidive gesehen.

Die Vorteile des Verfahrens bestehen darin, dass es rasch, ohne Blutung die Radikalentfernung sichert und keine Gefahr inbezug auf Wundinfektion bietet.

Digitized by Google

Diskussion:

Tiling kann in dem Hämorroidalleiden keine Geschwulst sehen, da er dieser stets ein grenzenloses Wachstum zu vindizieren gewohnt ist. Die Hämorrhoiden sind erblich, an ein gewisses Alter gebunden, bedingt durch sitzende Lebensweise, gewissen Nationen (Juden) eigentümlich, weisen kein schrankenloses Wachstum auf und sind leicht zu beeinflussen.

Die Langenbeck'sche Methode ist eigentlich irrationell, weil nur Teile entfernt werden; rationell ist nur das ganze kranke Gebiet zu beseitigen; die Knoten sind nur die am stärksten ergriffenen Stellen, doch sind die übrigen Venen auch erkrankt. Daher hält T. auch die Excision des ganzen Ringes für einzig zweckmässig. Auch er fürchtet die Strikturen und hat einmal eine gesehen.

Die sauberste und rationellste Entfernung ist jedenfalls die mit dem Messer, wobei die Blutung nicht gross ist, doch muss je des Gefäss unterbunden werden und ist eine prima intentio allerdings ein pium desiderium, doch heilt $^1/_2$—$^3/_4$ der Circumferenz meist per primam. Eine Blutung in die Ampulle ist ausgeschlossen.

Kallmeyer fühlt sich als Nichtspezialist durchaus nicht berechtigt, über die Operationsmethoden zu urteilen, doch hat er Gelegenheit gehabt 15 Operationen von Hämorrhoiden zu sehen und darunter auch welche nach der Methode von Dombrowski, doch ist ihm die Operation wohl was Schnelligkeit anbetrifft aufgefallen, nicht aber was Sicherheit des Erfolges betrifft: 2 mal kamen Blutungen in die Ampulle vor. Hauptsächlich jedoch wollte K. da Dombrowski nichts über die Narkose gesagt hat, fragen ob hier auch das Schleich'sche Verfahren anwendbar ist?

Dombrowski: Eine Nachprüfung und Bestätigung der Reinbach'schen Angiomtheorie der Hämorrhoiden ist sehr wünschenswert, noch ist sie aber nicht widerlegt und die Untersuchungen sind sehr vertrauenerweckend, zumal auch in normalen Gefässen die Anlagen von Angiomen gefunden sind. Es brauchen ja auch nicht alle Geschwülste in's Unbegrenzte zu wachsen, die Zirkulationsstörungen können aber den Anstoss zum Wachstum geben. Merkwürdig jedenfalls ist der Mangel von Rezidiven.

Die Einwände von Kallmeyer kann ich nicht widerlegen, weil ich den Operationen nicht beigewohnt habe; vielleicht ist nicht genügend tamponiert worden.

Tiling: Sind Entzündungen im Operationsgebiet vorhanden, so können wir sie mit dem Messer vermeiden, die Zange aber würde sie klemmen, was durchaus unerwünscht ist.

Dombrowski: Ich habe auch entzündliche Prozesse in die Zange gefasst und sie entfernt: es bleibt eben ein Brandschorf, von dem nichts resorbiert wird.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1332. Sitzung am 22. November 1904.

1. Petersen demonstriert eine 36-jährige Patientin mit einem Ulcus rodens am Nasenflügel. Da eine Operation verweigert wurde, behandelte Dr. Petersen das Ulcus mit lokaler Erfrierung durch Chloräthyl. Es zeigt sich bereits nach einigen Sitzungen ein Erfolg, indem sich das Geschwür verkleinert und von den Rändern zartes Narbengewebe vordringt.

2. Kernig demonstriert eine Patientin mit angeborenem und vollkommenem Haarmangel, Alopecia universalis congenita (Hypotrichosis congenita, Atrichia). Patientin, ca. 35 Jahre alt, ist ein kräftiges, gesund aussehendes Weib, das wegen eines nebensächlichen Leidens ins Hospital eingetreten ist. Sie ist vollkommen haarlos von der Geburt an. Der Kopf ist vollkommen kahl, keine Augenbrauen, keine Wimpern, keine Haare in den Achselhöhlen, keine an den Genitalien, auch keine Lanugo. Nur bei ganz scharfem Zusehen lassen sich einpaar ganz zarte, kurze Wimpern und ein Augenbrauenhaar entdecken. Ebenso lassen sich an der Kopfhaut nur bei Betrachtung derselben im Profil gegen eine Lampe 2—3 ganz kleine lanugoartige Haare entdecken. Die Eltern der Patientin waren gesund und normal behaart, ebenso sind die 5 lebenden Kinder der Patientin vollkommen normal. Von den Nägeln der Patientin erwiesen sich an der linken Hand die Nägel des 2., 3., 4. und 5. Fingers als mangelhaft entwickelt, sie sind gewissermassen zu kurz, nur der Daumen hat einen normal grossen Nagel; sämtliche Nägel sind der Länge nach gerifft, ganz auffallend ist dieses am Mittel- und Ringfinger der Fall. An der rechten Hand weisen Daumen, Zeige-, Mittel- und Ringfinger ebenfalls mangelhaft entwickelte Nägel auf; auch hier sind die Nägel der Länge nach gerifft. — Was die Zähne anbetrifft, so finden sich im sonst gut erhaltenen Untergebiss 4 cariöse Zähne, im Obergebiss finden sich vom linken inneren Schneidezahn und vom rechten ersten Backenzahn nur cariöse Wurzeln. Der erste innere Schneidezahn ist ein Hutchinsonzahn, doch betrifft die Ausschweifung des unteren Randes die äussere Hälfte desselben. — Kernig betont die enorme Seltenheit dieser Fälle, und erwähnt, dass wie ihm, so auch anderen Kollegen es aufgefallen ist, dass das Gesicht und der Kopf der Patientin trotz des Haarmangels nicht abstossend wirkt.

(Autoreferat).

Diskussion:

Petersen bestätigt die enorme Seltenheit der Fälle von angeborener vollkommener Alopecie. Es sind im ganzen etwa 10 Fälle auf den Dermatologenkongressen bekannt geworden. Die nicht vollkommene Haarlosigkeit, die hereditär auftritt, ist häufiger.

3. Westphalen: Ueber «Occulte Magenblutungen».

Die zahlreichen Arbeiten der letzten Jahre über occulte Magenblutungen d. h. solche Magenblutungen, die nicht schon makroskopisch erkennbar sind, sondern erst durch die Guajak- oder Aloinprobe in der Weber'schen Modifikation in den Faeces festgestellt werden, welche hauptsächlich auf die Anregung von Boas hin unternommen worden sind, haben mich veranlasst einen Teil meines Materials an Magenkranken aus dem Deutschen Alexander-Männer-Hospital auf diese Frage hin genauer zu untersuchen. Die Resultate stimmen im grossen und ganzen mit den Tatsachen überein, welche von Boas und seinen Nacharbeitern festgestellt worden sind, und sind in kurzem folgende:

1. Das Karzinom des Magens, giebt einzelne wenige Fälle ausgenommen, welche individuell betrachtet werden müssen, einen constant positiven Ausfall der Blutprobe in den Faeces.

2. Beim Ulcus ventriculi kommen Blutungen irgend welcher Art (Blutrechen, makroskopisch erkennbare Melaena, occulte Blutungen) in 80—83 pCt. aller Fälle vor. Die occulten Magenblutungen zeichnen sich im Gegensatz zu denjenigen bei dem Magenkarzinom durch einen exquisit periodischen Charakter aus und sind an akute Verschlimmerungszustände des Ulcus gebunden.

Die Reaktion in den Faeces verschwindet bei diesen occulten Blutungen spätestens innerhalb von 14 Tagen von dem Momente ab gerechnet, an dem der Kranke einer typischen Leube'schen Ulcuskur (Bettruhe, Milchkost ev. Wismuth nach Fleiner) unterworfen wurde. Der positive Ausfall der Blutprobe in den Faeces nach einer occulten Magenblutung über 14 Tage hinaus nach Beginn der Ulcuskur berechtigt in einem Falle von klinisch diagnostiziertem Ulcus ventriculi zu dem Verdacht, dass sich das Ulcus selbst oder eine Ulcusnarbe in ein Karzinom umgewandelt habe.

3) In einem jeden einigermassen unklaren Magenerkrankungsfalle ist die chemische Prüfung der Faeces auf occulte Blutungen unter bekannten Kautelen (2-tägigem Ausschluss rohen oder nicht genügend durchkochten oder durchbratenen Fleisches, von Blutwurst aus der Nahrung etc.) dringend erforderlich, da ein positiver Ausfall der Reaktion strikt gegen chemische Gastritis, Achylie des Magens, gegen Magenneurose vielleicht auch gegen eine nicht mit Ulcus komplizierte Hypersekretion und Hyperacidität sprechen wird.

(Autoreferat).

Diskussion:

Im Anschluss an die von Westphalen erwähnten periodischen Blutungen bei ulcus ventriculi fragt Petersen, ob nicht bei hysterischen Patienten und bei Hämorrhoidariern periodisch Blut in den Fäces nachweisbar sei?

Westphalen bejaht diese Frage. Auch bei Tabes kommen Blutungen vor, doch hat er hauptsächlich die gewöhnlichen Magen-Darmkrankheiten im Auge gehabt und die aus anderen Gründen in den Darmkanal erfolgende Blutungen unberücksichtigt gelassen. Westphalen meint, dass in dem verschiedenen, entweder konstanten oder periodischen Auftreten von Blut in den Fäces, ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen Carcinoma und Ulcus ventriculi zu sehen sei.

Wladimirow findet es befremdend, dass bei Darmtuberkulose kein Blut in den Fäces nachweisbar sei.

Fick bezweifelt die Abwesenheit von Blut in den Fäces bei der hypertrophischen Form der Darmtuberkulose und glaubt sich zu erinnern, dass in einigen von ihm operierten Fällen wohl Blut nachweisbar war.

Ucke macht auf eine eventuelle Fehlerquelle aufmerksam. Er hat häufig bei Gegenwart von Parasiten, namentlich Trichomonaden, im Darm auch Blut in den Fäces mikrosko-

Digitized by Google

pisch nachweisen können. Doch dürfte die durch die Parasiten bedingte Colitis in den meisten Fällen auf die Diagnose führen.

Westphalen erklärt sich das Fehlen der Blutungen bei der Darmtuberkulose durch den ausserordentlich chronischen und torpiden Charakter der Geschwüre. Dr. Ucke gegenüber giebt er die von diesem angeführte Fehlerquelle zu, betont aber, dass neben dem Blutnachweis natürlich auch alle anderen klinischen Merkmale zur Diagnosenstellung herangezogen werden müssten.

4. Petersen zeigt einen Patienten mit Lupus der Unterlippe, den er bereits zwei Mal demonstriert hat. Nach einer längeren Radiumbehandlung hat Petersen, um die Heilung zu beschleunigen, 8 Finsensitzungen angeschlossen. Der Prozess ist jetzt vollständig in Heilung übergegangen und es bestehen nur noch zwei etwas suspekte Stellen in der überaus zarten und verschieblichen Narbe.

Direktor: Kernig.
Sekretär: Fick.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Professor der vergleichenden Anatomie an der Bonner Universität, Geh. Medizinalrat Dr. Franz Leydig, eine Autorität auf dem Gebiete der vergleichenden Histologie, beging am 9. Mai n. St. sein goldenes Professorenjubiläum. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 85. Lebensjahre steht, lebt seit 1887 im Ruhestande in Würzburg.

— Der Arzt bei der Hauptverwaltung der Appanagen, wirkl. Staatsrat Dr. Sserdetschny, ist auf eigenes Ersuchen krankheitshalber verabschiedet worden. Zu seinem Nachfolger ist der bisherige Arzt am Appanagenhospital in Zarskoje Sselo, Staatsrat Dr. Puschkarew, ernannt worden.

— Der dimittierte wirkl. Staatsrat Dr. Kirilow ist als Beamter für besondere Aufträge VI. Klasse bei der Obermilitär-Medizinalverwaltung wieder in den Dienst gestellt worden.

— Das Allerhöchste Wohlwollen ist eröffnet worden: Dem Präses der Empfangskommission der Fabrik für Militär-Medizinalpräparate, wirkl. Staatsrat Dr. Joh. Wsorow.

— Ein Geschenk mit der Allerhöchsten Namenschiffre ist dem Oberarzt des Marinekadettenkorps, wirkl. Staatsrat Dr. Dmitrijew, verliehen worden.

— Ordensverleihung: Der St. Wladimirorden III. Klasse — dem Direktor des Staraja-Russaschen Mineralbades, wirkl. Staatsrat Dr. S. Tilitschejew.

— Befördert: Zum wirklichen Staatsrat — der Chef der Geschäftsführung des Medizinalrats, Dr. S. Ippolitow, und der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des Moskauer Militärbezirks, Dr. Petrowski.

— Verstorben: 1) Am 23. April in Dorpat Dr. Friedrich Walter im Alter von nahezu 55 Jahren. Als Sohn des früheren Dorpater Gynäkologen Prof. Dr. Piers Uso Walter zu Dorpat geboren, erhielt er dort seine Schulbildung und bezog im J. 1869 die vaterländische Universität, an welcher er bis 1875 Medizin studierte und der Korporation Livonia angehörte. Nach Erlangung der Doktorwürde i. J. 1877, setzte er seine Studien im Auslande fort und wurde nach seiner Rückkehr Landwirt in Livland, wo er sein Gut Alt-Laizen bewirtschaftete, wandte sich aber dann wieder der ärztlichen Tätigkeit zu und war praktischer Arzt in Schreibershof (bei Werro) und später in Oppekaln (bei Walk). In der letzten Zeit lebte er in der Embachstadt. 2) Am 17. April auf seinem Gute im Twerschen Gouvernement der ehemalige Professor der Histologie und Embryologie an der militär-medizinischen Akademie, Geheimrat Dr. Theodor Sawarykin, im 70. Lebensjahre an Apoplexie. Den Arztgrad hatte der Verstorbene bereits i. J. 1859 erlangt; seine Lehrtätigkeit an der Akademie gab er vor noch nicht 10 Jahren auf. Die Histologie und Anatomie verdanken ihm zahlreiche Arbeiten, von denen ein grosser Teil das Lymphsystem betreffen. 3) In St. Petersburg Dr. Konstantin Prussak im 73. Lebensjahre nach mehr als 50-jähriger ärztlicher Tätigkeit hierselbst. 4) In Jaroslaw der dortige Arzt Dr. Sergius Florowski im Alter von 40 Jahren. Nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1889 war F. Arzt an verschiedenen Orten Sibiriens, einige Zeit auch Eisenbahnarzt in Omsk. 5) In der Schlacht bei Mukden gefallen der jüngere Arzt des 16. Sappeurbataillons, Dr. Benedikt Röhrich, im 37. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1895 als Arzt tätig war, fungierte vor dem Kriege als Landarzt im Gouvernement Wilna.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Dr. Theodor Hecker, Ordinator am hiesigen Elisabeth-Kinderhospital, begiebt sich nach dem Fernen Osten, wo er als Arzt am Evangelischen Feldlazarett fungieren wird.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner sind den Aerzten nachstehende Orden verliehen worden:

Der St Annenorden I. Klasse — den Geheimräten: Dr. Schewelew, Militär-Medizinalinspektor des Amur-Militärbezirks, und Dr. Udinzow, Korpsarzt des II. sibirischen Armeekorps.

Der St. Stanislausorden I. Klasse mit Schwertern — dem wirkl. Staatsrat Dr. Anton Gwosdenowitsch, früherem Oberarzt des Hauptquartiers des Kommandierenden der I. Mandschurischen Armee, gegenwärtigem Chefarzt beim Detachement des Generals Rennenkampff.

Der St. Wladimirorden III. Klasse mit Schwertern — den wirkl. Staatsräten: Dr. Stephan Radecki und Dr. W. Nikolski, Korpsärzten des X. Armeekorps, resp. I. sibirischen Armeekorps, sowie den Staatsräten Dr. J. Amosow und Ignatius Hasse, Divisionsärzten der 55., resp. 72 Inf.-Division.

— Wie der Statthalter Sr. Kais. Majestät im Fernen Osten Generaladjutant E. Alexejew dem Präsidenten der Estländischen Verwaltung des Roten Kreuzes in einem Schreiben v. 8. April 1905 nachträglich mitteilt, hat er im August vorigen Jahres bei einem Besuche das estländische Hospital in Nikolsk-Ussurisk, in welchem schwer verwundete Matrosen von den Kreuzern «Rossija» und «Gromoboi» behandelt wurden, musterhaft eingerichtet, zweckmässig ausgestattet und tadellos sauber gefunden und es daher für gerecht gehalten, den Oberarzt Dr. v. Brackel für das sorgsame Verhalten des Hospitalpersonals zu den Kranken und für ihre musterhafte Pflege mit dem St. Stanislausorden II. Klasse zu belohnen.

— Die Feldlazarette im Rayon der Kriegsaktionen geben wegen voraussichtlich baldigen Vorrückens der Japaner ihre bisherigen Standorte allmählich auf. So ist das Evangelische Feldlazarett am ersten Ostertage bereits in Tschalantun (389 Werst von Charbin) angelangt und hofft in zwei Wochen sich dort in den schönen zur Verfügung gestellten Baulichkeiten einzurichten. In Hundschulin ist nur eine fliegende Kolonne mit 2 Aerzten und 11 Schwestern, sowie gegen 100 Betten vom Lazarett zurückgelassen worden. Die Jarosslawer Landschafts-Sanitätsabteilung ist nach Charbin übergeführt worden und die Moskauer städtische Hospitalabteilung beabsichtigt aus Jewjenjewka (an der Ussuri-Bahn) nach Tschita überzusiedeln, um nicht beim Vorrücken der Japaner zu längerer Untätigkeit verurteilt zu werden.

— Die von verschiedenen Blättern wiedergegebene Mitteilung der «Köln. Ztg.» von einer beschlossenen Einstellung der Tätigkeit des Deutschen Vereinslazaretts vom Roten Kreuz in Charbin am 1. Juni d. J. entbehrt der Begründung.

— Die Gesamtzahl der Kranken in der russischen Armee im Fernen Osten betrug zum 8. April — wie der «Now. Wremja» aus Huntschulin gemeldet wird — 15,899. Von diesen waren mit Infektionskrankheiten 1312 Mann behaftet.

Von Universitäten und Vereinen.

— Von der medizinischen Fakultät der Universität Kasan ist ein Konkurs ausgeschrieben worden zur Besetzung zweier vakanten Lehrstühle: 1) des Lehrstuhls der speziellen Pathologie und 2) des Lehrstuhls der ärztlichen Diagnostik. Bewerber haben ihre Gesuche bis zum 9. Juni 1905 beim Dekan einzureichen.

— Bei der medizinischen Prüfungskommission der Kiewer Universität hat sich ein gewisser O. Maranewitsch, der gegenwärtig im 80. Lebensjahre steht, zum Arztexamen gemeldet. M. ist in den 50-ger Jahren freier Zuhörer der Charkower Universität gewesen und hat darauf als Student den ganzen medizinischen Kursus an der Kiewer Universität absolviert, bei seinem Abgange von der Universität i. J. 1863 (im Alter von 40 Jahren) sich aber nicht der Prüfung zur Erlangung des Arztgrades unterzogen, wozu er sich erst jetzt entschlossen hat.

(Kiew. Sslowo—R. Wr.).

Digitized by Google

— Wie die Zeitung «Ssyn Otetschestwa» erfahren haben will, soll in diesem Jahre die Abkommandierung von Aerzten zur weiteren Vervollkommnung ins Ausland auf Kronskosten nicht stattfinden.

— In Jalta ist in der vorigen Woche eine Gesellschaft zur Errichtung von Sanatorien für Aerzte in der Krim ins Leben getreten. Zum Präses derselben wurde der Privatdozent der Moskauer Universität Dr. Paul Schirjajew, dessen Initiative die Gründung des Vereins zu verdanken ist, gewählt. Der Zweck der Sanatorien ist, wenig vermögenden Aerzten die Möglichkeit zu gewähren, für eine verhältnismässig geringe Zahlung oder unentgeltlich eine klimatische Kur mit guter Kost zur Wiederherstellung ihrer infolge von Uebermüdung und schwerer Krankheiten oder durch Tuberkulose der Lungen und anderer Organe angegriffenen Gesundheit zu geniessen.

Epidemiologisches.

— Um die in den Wolga-Gouvernements in Angriff genommenen Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung der Cholera zu kontrolieren, ist der Gehülfe des Obermedizinalinspektors Dr. Malinowski dorthin abkommandiert worden. Ebenso begiebt sich in nächster Zeit der Medizinalinspektor des Ministeriums der Wegekommunikationen, Ehrenleibmedikus Dr. Golowin, auf die Eisenbahn- und Wasserwege behufs Organisation solcher Massnahmen.

— Zum Kampf gegen die Cholera wird offiziell mitgeteilt: Im Laufe des April ist in den Grenzen des Reiches und zwar in der Festung Kuschk, in Aschabad und in Zarizyn je ein Cholerafall beobachtet worden. Gleichzeitig mit der Ergreifung der prophylaktischen Anticholera-Massnahmen ist ein besonderes Augenmerk auf die Organisierung von Volksvorlesungen über die Cholera gerichtet worden, die in breitestem Massstabe stattfinden sollen. Ausser den Aerzten sind berechtigt, diese Vorlesungen abzuhalten: Geistliche, Lehrer, Sanitäts-Kuratoren, Feldscher und weibliche Feldscher. Um den Landschaften und Städten — falls sich herausstellt, dass die lokalen Mittel nicht genügen — sind nicht rückzahlbare Unterstützungen und Darlehen unter günstigen Bedingungen zur Verwendung für Anticholera-Massnahmen zu gewähren und, um an den Hauptkommunikations-Wasserstrassen in genügender Anzahl sanitarische Beobachtungspunkte sicherzustellen, sind aus den Mitteln der Reichsrentei gegen 200,000 Rbl. verabfolgt worden. In dem Wolga- und Don-Bassin sind 59 derartige Beobachtungspunkte ins Leben gerufen.

Falls sich ein fühlbarer Mangel an Aerzten einstellen sollte, ist während des Krieges mit Japan gestattet, die ärztlichen Obliegenheiten Studenten der Medizin aus dem fünften Kursus und ausländischen Aerzten zu übertragen. Der grössere Teil des zum Kampf mit der Cholera im vergangenen Jahre abkommandierten medizinischen Personals ist den ganzen Winter über an Ort und Stelle verblieben. Im April ist dann vom Ministerium des Innern eine Ergänzungs-Kolonne von 36 Aerzten und 50 Feldschern in den Kaukasus abkommandiert worden und für das Transkaspigebiet wird eine weitere Abteilung formiert.

Um die zum Kampf mit der Cholera abkommandierten Aerzte mit den allerneusten bakteriologischen Methoden der Forschung bekannt zu machen, wird ihnen die Möglichkeit freigestellt, vierzehntägige bakteriologische Kurse, die vom Institut für Experimental-Medizin veranstaltet werden, zu besuchen. Bei dem Astrachanschen bakteriologischen Laboratorium des Ministeriums des Innern sind Stationen nach Pasteur eröffnet worden. Den Passagierdampfern auf dem Kaspischen Meere ist gestattet worden, während der Kriegsaktionen im fernen Osten die Touren mit Feldschern, an Stelle der Aerzte, zu absolvieren.

— Für die Studenten der Medizin und die Zuhörerinnen des weibl. med. Instituts, welche von der Allerhöchst niedergesetzten Kommission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest und anderer Epidemien abkommandiert werden, sind folgende Subsidien ausgesetzt: Zur Ausrüstung 180 Rbl. und zur Reise je 2½ Kop. pro Werst; ferner erhalten die Studenten und die Zuhörerinnen des Instituts aus dem V. Kursus an Diäten 5 R. täglich, die Studenten und Zuhörerinnen des IV. Kursus aber nur 3 R. 25 Kop. täglich. Anmeldungen werden in der Verwaltung des Obermedizinalinspektors (St. Petersb., Teatralnaja, 3) oder in den örtlichen Medizinalverwaltungen angenommen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Vor kurzem hatte sich ein Wolostschreiber Ryshenkow vor dem Gericht wegen Verleumdung des Landschaftsarztes David Dorf (im Kirchdorfe Perchuschkowo, Gouv. Moskau) zu verantworten. Ryshenkow hatte nämlich behauptet, dass Dr. Dorf das Waschhaus beim Hospital in Brand gesteckt habe, um die Spuren des dort vorgenommenen Druckes von Proklamationen zu vernichten. Der Friedensrichter verurteilte den Wolostschreiber zu einem Monat und 7 Tagen Arrest.

— In Omsk sind, wie die «Russ» erfährt, infolge Einberufung sämtlicher Militärärzte zum Kriegsdienst, die freipraktizierenden Aerzte und sogar die Aerztinnen aufgefordert worden, die Obliegenheiten der Aerzte im Militärressort stellvertretend zu übernehmen.

— Die Befugnisse der Polizei in Krankenhäusern werden durch eine Erläuterung des Petersburger Gouverneurs an die Kreispolizeichefs und Polizeimeister an der Hand eines Vorfalls klargelegt. Vor einiger Zeit ging dem Gouvernements-Medizinalinspektor eine Beschwerde der Kreispolizei darüber zu, dass der Arzt eines Landschaftsinstituts sich geweigert habe, einen Kranken mit einer Schusswunde ins Hospital aufzunehmen. Der Gouverneur setzt nun der Polizei auseinander, dass die landschaftlichen und städtischen Krankenhäuser wohl gesetztlich verpflichtet seien, Personen, die nicht zu der örtlichen Bevölkerung gehören, ärztliche Hilfe zu erweisen, dass dieses aber von den Mitteln des betreffenden Hospitals abhänge. Verantwortliche Person und Leiter des betreffenden Hospitals sei jedoch der Oberarzt, von dessen Ermessen allein es abhänge, Kranke in die Anstalt aufzunehmen oder nicht. Die Befugnis der Polizei dürfe sich nicht soweit erstrecken, in die innere Ordnung der Hospitäler einzugreifen. Der Arzt sei in seinen Handlungen nur vor der Medizinalverwaltung verantwortlich. Die Polizei habe in solchen Fällen im Auge zu behalten, dass das Hospital eine spezielle Institution sei, die selbständig vor dem Gesetz und der Wissenschaft verantwortlich sei. Er, der Gouverneur, sei überzeugt, dass jeder Arzt stets dem ärztliche Hilfe Suchenden entgegenkommen und besser als die Polizei die Frage lösen werde, ob eine Aufnahme des betreffenden Patienten möglich sei, in Anbetracht der beschränkten Raumverhältnisse und feststehende Zahl der Krankenbettstellen. Nur der leitende Arzt des Krankenhauses sei vor dem Gesetz für seine Handlungsweise verantwortlich. Ein Eindringen der Polizei in seine Befugnisse sei unstatthaft. Nur auf Grund gegenseitigen Einvernehmens mit den Aerzten könnten Missverständnisse wegen der polizeilich gewünschten Aufnahme eines Kranken ins Hospital entschieden werden — wonach sich die Polizei künftig streng zu richten habe.
(«Pet. Ztg.»).

— In den St. Petersburger Stadthospitälern sind im Jahre 1904—87,602 Kranke verpflegt und behandelt worden, darunter die weitaus grösste Zahl — nämlich 31,114 Personen — im Obuchowhospital. In den drei psychiatrischen Hospitälern der Stadt waren 1735 Kranke untergebracht.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. April d. J. 9747 (79 mehr als in d. Vorw.), darunter 1111 Typhus — (17 wen.). 747 Syphilis — (7 mehr), 246 Scharlach — (25 mehr), 96 Diphtherie — (9 mehr), 130 Masern — (31 wen.) und 41 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis zum 23. April 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
536	407	943	195	105	182	21	16	38	79	77	67	59	53	39	10	2

Digitized by Google

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 7, Typh. abd. 45, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 59, Scharlach 15, Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 3, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 117, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 110, Tuberkulose an derer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 12, Lebensschwäche und Atrophia infantum 62, Marasmus senilis 33, Krankheiten des Verdauungskanals 106, Totgeborene 41.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 10. Mai 1905.

Tagesordnung: Diskussion über Henking's Vortrag vom 26. April (Kriegschirurgische Beobachtungen).
O. Moritz: Zur Kasuistik der Spirochaetenbefunde.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 9. Mai 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

RONCEGNO
Natürliche Arsen-Eisenquelle
bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.
Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven-** und **Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.
◆ Käuflich in allen Apotheken. ◆ (51) 25—4.
Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.
Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.
Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.
◆ Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober. ◆
Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno**. Südtiral.

INSTITUT
für
POCKEN-IMPFUNGEN
von Dr. Ochs.
(Existiert seit 1890.)
St. Petersburg.
Fläschchen Kalbs-Pocken zu 25 u. 50 Kop.
Bei Bestellungen unter einem Rbl. 15 Kop. für Versendung.

MARIENBAD ZANDER-INSTITUT.
Modern eingerichtete Anstalt für **schwedische Heilgymnastik. Massage elektr. Lichtbäder, Trocken-Heissluft-Verfahren; Vorzügliche Unterstützungsmittel der** Marienbader-Kuren.
Besitzer und ärztlicher Leiter (75) 6—1.
Dr. Med. EDUARD KRAUS.

Dr. Raether (Altona-Hamburg)
Badearzt **Kissingen**, jetzt Ludwigstrasse 4.

Dr. Schuster,
praktischer Arzt und Inhaber eines **Kurhauses**
(Indiv. kurgem. Diät.)
BAD NAUHEIM.

Kgl. BAD KISSINGEN. (48) 10—4.
Bäder vom 15. April bis 1. November.
Weltberühmte eisenhaltige **Kochsalzquellen** (Rakoczy, Pandur, Maxbrunnen, Bockleter, Stahlwasser (phosphorarsenhaltig), **Sole mit reichstem Kohlensäuregehalt** für Trink- und Badekuren. **Hervorragende Heilerfolge bei Magen-Darmerkrankungen; Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane** (Asthma, Emphysem), **Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit, Bleisucht, Frauenkrankheiten.**
Versand sämtlicher Mineralwässer durch die Verwaltung der Königl. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet. Aufschlüsse über alle Anfragen unentgeltlich vom **Kurverein Bad Kissingen.**

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *
„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle). **Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankeiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.**
Aerzte: **Dr. C. Dapper** (Besitzer). — **Dr. F. Dengler.** (60) 14—3.

Digitized by Google

Thiocol „Roche“

besten Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antituberculos. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche“

à 0,5 gr. bequemste und billigste Form.

Sulfosot-syrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Sirolin „Roche“

die idealste Form d. Kreosot- bezw. Guajacol-Therapie.

Wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup.

Vorteile: Sirolin hat vor allen andern Kreosot- und Guajacoltherapien die Vorteile des guten Geruches, angenehmen Geschmacks und völliger Unschädlichkeit.

Indikationen: **Lungentuberkulose, Keuchhusten, chirurg. Tuberkulose, allgemeine Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.**

Verordnung: Sirolin, Lagenam orig. Erwachsenen 3—6 Teelöffel, Kin- 2—3 Teelöffel täglich, vor oder unmittelbar nach dem Essen, rein oder in Wasser.

Warnung! Vor minderwertigen Nachahmungen wird gewarnt. Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.

Alleinige Fabrikanten:
F. Hoffmann-LaRoche & Co., Fabrik chem.-pharm. Produkte
Basel (Schweiz) ✱ *Grenzach* (Baden).
Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Digalen (Digitox. solub. Cloetta)

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate. Eisen- u. Bromprotylin „Roche“.

Arsylin „Roche“

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Airol „Roche“

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche“

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche“

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche“.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin“ war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau**, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga**, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19**, Seydelstrasse 16. (64) 10—2.

Anthrasol (Knoll)
Entfärbter Teer.
Besonders juckstillend und keratoplastisch. Anwendung wie gewöhnlicher Teer.

Styptol (Knoll)
Uterines Haemostaticum.
Vereinigt die blutstillende Wirkung des Cotarnins und der Phtalsäure.

Literatur und Proben kostenlos!
KNOLL & Co. ✱ LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Digitized by Google

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. j. Al.
Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.
Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. Illustrierte Prospekte.
Friedrichroda i. Thür.

PENSION und BADE-ANSTALT
M. Bergfeldt.
Kurort „Hapsal" (67) 6–4.
Verschiedene Heilbäder. Herrliche Seebäder. Volle Pension während des ganzen Jahres.

SASSNITZ.
Ostseebad auf Rügen.
Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die Bade-Direktion.

See-Kurort
Hungerburg

bei Narva, Baltische Eisenbahn, 4½ Stunden Fahrt von St. Petersburg. Herrlicher, breiter Strand 5 Werst lang, 5□-Werst Fichtenwald, absolut trockener Sandboden. Kurhaus, Pensionate, Musik. Lawn-Tennisplätze, Parkanlagen gute Apotheke mit Lager sämmtlicher Mineralwässer. Apotheker-Magazin. Orthodoxe und lutherische Kirche. Vorzüglich eingerichtete

Wasserheilanstalt.

Wannen, See- und Süsswasserbäder — Mineralbäder, Kohlensäurebäder, Schlammbäder, Dampfkastenbäder, Heissluftbäder, Charcot'sche Douchen unter Hochdruck bis 2 Atmosphären, Wechseldouchen Priessnitz'sche Einpackungen. Elektrische Behandlung mit galvanischer, faradischer Elektricität. bipolare elektrische Bäder. Suspensionsbehandlung, Massage und Gymnastik für Kinder und Erwachsene. Consultant für Augenkrankheiten Dr. Kalaschnikow. Frauenkrankheiten Dr. A. A. Sizinski Privat-Docent der weibl. Mediz. Instituts.
Nähere Auskünfte erteilen: Herr Apotheker Abramson, Hungerburger Apotheke, und der Besitzer und leitende Arzt der Wasserheilanstalt Emil Kroug, Wosskressensky Prosp. № 17, Q. 23, St. Petersburg, Mittwoch und Freitag von 7—9 Uhr Abends, vom 5. Mai in Hungerburg, eigenes Haus. (54) 3—3.

Bei
GALLENSTEIN-LEIDEN
bitten wir die Herren Aerzte höflichst,
** PROBILIN - PILLEN **
(nach **Dr. W Bauermeister**)
zu verordnen, die sich schon vielfach gut bewährt haben.
GOEDECKE & Co., Fabrik mediz. u. pharmaz. Praep., **LEIPZIG.**
Generaldepot für ganz Russland Gesellschaft W. K. Ferrein, Moskau.

Wir bitten, die Beilage in Nummer 14 zu beachten.

HEFE-SEIFEN
nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur deutsche Medizinische Wochenschrift 1904, Nr. 27). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.
George Heyer & Co., Hamburg 4.

BAD HALL (Oberösterreich).
Jodbrombad I. Ranges.
Aelteste und heilkräftigste Jodquelle in Europa.
Gegen Frauenkrankheiten, Exsudate, chronische Entzündungen, Scrophulose, Syphilis erworbener oder ererbter Natur und deren Folgekrankheiten, Gicht, Rheumatismus etc. etc.
Modernste Kurbehelfe. Auskünfte erteilt
die Badeverwaltung.
(39) 6—4.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER
VICHY
Eigentum der Französischen Regierung.
BADE-SAISON.
(62) 17—2.
In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.
Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts, Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин., 68, кв. 96.

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.

Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.

Digitized by Google

Originalprodukte „Heyden"

von uns in die Medizin eingeführt:

Salicylsäure, salicylsaures Natrium, salicylsaures Wismut, Salol, Creosotal, Duotal, Xeroform, Orphol, Solveol, Itrol, Collargol, Acoin etc.

Neu: Salocreol und Salit, zur äusserlichen Behandlung rheumatischer und neuralgischer Erkrankungen. **Salit** ausserordentlich billig; **Salocreol** noch von spezieller Wirkung bei Erysipelas faciei, Lymphadenitiden und skrofulösen Drüsenanschwellungen.

Neu: Calodal, leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur subkutanen, ganz besonders aber auch zur rektalen Ernährung und zur Darreichung per os als Kraftnährmittel.

Wir fabrizieren in bester Qualität ***Acetylsalicylsäure,*** in Substanz und als leicht zerfallende Tabletten, **Guajacol,** cryst. und liquid.. **Benzonaphtol, Phenacetin, Lactophenin, Hexamethylentetramin, Diacetylmorphinum hydrochlor.** etc.

Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (21) 10—5.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Pankreon

D. R. P. 128419.

Gegen die Magenverdauung widerstandsfähiges Pankreatin.

Natürliches Digestivum und Stomachicum, ohne schädliche Nebenwirkung auch bei dauerndem Gebrauch.

Rp. Pankreon in tabul. 0.25 (Originalpackung Rhenania) dent. tal. dos. 25. 50. 100. 200.

S. Täglich 4—12 Tabletten während des Essens zu nehmen. Für Kinder die Hälfte.

Indikation: Alle dyspept. Erkrankungen, Spezificum bei Steatorrhoe, chron. und nervöser Diarrhoe, Hyperemesis, Appetitlosigkeit, Druckbeschwerden.
Für Säuglinge: Rp. Pankreon. saccharat. in tabul. 0.25 (Pankreonzucker Rhenania) dent. tal dos. 100. — S. 2—8 Tabletten zu jeder Trinkportion.
Indikation: Ernährungsstörungen jeglicher Art, speziell Durchfall, sowie zur Kräftigung und Hebung des Körpergewichts.

(34) 7—3. **Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.**

Durch die Apotheken zu beziehen. Ausführliche Literatur auf Wunsch zur Verfügung.

Kurort Teplitz-Schönau

in Böhmen,

in reizender Lage, inmitten des Erz- und Mittelgebirges, seit Jahrhunderten bekannte und berühmte heisse, alkalisch-salinische Thermen (28°—46° C.) **Kurge-brauch ununterbrochen während des ganzen Jahres. Auch Wintercuren. Hervorragend** durch seine **unübertroffenen** Erfolge bei **Gicht, Rheumatismus, Lähmungen, Neuralgien, Neurasthenie, Blasen- und Nierenerkrankungen;** von ausgezeichneter **resorbirender Wirkung bei chronischen Exsudaten aller Art;** von glänzendem **Erfolge** bei Nachkrankheiten aus **Schuss- und Hiebwunden,** nach **Knochenbrüchen,** bei **Gelenksteifigkeiten und Verkrümmungen.** 11 Badeanstalten mit 165 Badelogen. Thermal-, Douche-, Moorbäder, elektrische Licht-, Zwei- und Vierzellen-Bäder, Kohlensäurebäder, Massage, Elektricität, Mechanotherapeutisches Institut. «Fango di Monfolcone».

Alle Auskünfte ertheilt das Bürgermeisteramt von Teplitz-Schönau, sowie das städtische Bäderinspectorat und die Fürst Clary'sche Güterinspection.

Prospecte gratis durch: **Bitowtt & Co.** (49) 4-2.

Soeben erschienen:

Lehrbuch der Hautkrankheiten

Dr. Max Joseph.

5. Auflage.

70 Abbildg. u. 5. farbige Tafeln M. 7.—, geb. M. 8.—

Medicinischer Verlag von Georg Thieme in Leipzig.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 6 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

Frau **Catharine Michelson,** Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Дозв. ценз. Спб., 6 Мая 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

JUN 26 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden täglich von 4—6 Uhr.

№ 19 St. Petersburg, den 14. (27.) Mai. 1905.

Inhalt: Dr. Alfred Feldt: Moderne Methoden der Tuberkulinanwendung. — Referate: H. Lenhartz: Zur Behandlung der epidemischen Genickstarre. — Bericht über die wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für das Jahr 1904. — Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Moderne Methoden der Tuberkulinanwendung.

Vorläufige Mitteilung.

(Vorgetragen im Verein St. Petersburger Aerzte am 5. April 1905.)

Von

Dr. Alfred Feldt, St. Petersburg.

M. H.! Nachdem das Koch'sche Mittel, dank einer — wie wir jetzt wissen — enorm unvorsichtigen Dosierung, einige theoretische sehr interessante, aber praktisch recht deprimierende Resultate gezeitigt hatte — neben einer Reihe von zweifellosen positiven Erfolgen —, wurde es geradezu aus der Liste der erlaubten Mittel gestrichen und behielt nur einen ehrenvollen Platz in der Veterinärmedizin.

An diese Periode der allgemeinen Enttäuschung oder eher heilsamen Ernüchterung schliesst sich dann eine dritte Periode der vorsichtigeren Dosierung und der motivierten Indikationsstellung. Ich bitte Sie um die Erlaubniss, kurz das skizzieren zu dürfen, was wir als die Früchte dieser dritten Periode der Tuberkulinforschung betrachten dürfen. Ich muss hier übrigens bemerken, dass aus mancherlei Gründen diese Renaissance des Tuberkulins bis jetzt fast ausschliesslich in Zentraleuropa und Nordamerika vor sich geht, während im Westen und Osten unseres Kontinentes selbst hochoffizielle Vertreter der Wissenschaft sich mit der pharmakologisch nicht ganz zureichenden Definition des Tuberkulins als eines «gefährlichen» Mittels begnügen. Da ich als erster in Russland nach dem grossen Rückschlage Tuberkulin in therapeutischer Absicht zu spritzen gewagt habe, so möchte ich Sie im voraus um Nachsicht bitten, falls die Anschauungen, die mir Studium der Fachliteratur, Verkehr mit Spezialisten des In- und Auslandes und eigne Erfahrungen gegeben, zu sehr den Stempel des Subjektiven tragen sollten.

Bekanntlich ist das alte Koch'sche Tuberkulin das Filtrat einer Glyzerinbouillonkultur des Tuberkelbazillus, die vor dem Filtrieren im Vacuum auf $^1/_{10}$ des ursprünglichen Volumens eingeengt wird. Das Tuberculin, welches ich anwende, stammt aus dem Institut für Experimentalmedizin, wo es in der Abteilung des Herrn Dr. A. Wladimirow von Mag. pharm. K. J. Kresling hergestellt wird. Zu seiner Darstellung dienen ausschliesslich Kulturen, deren Wachstum nach vollkommener Erschöpfung des Nährmediums zum Stillstand gekommen ist, in denen also Bestandteile des ursprünglichen Nährbodens und Produkte des intermediären Stoffwechsels der Bazillen auf ein Minimum reduziert sind. Dank der persönlichen Liebenswürdigkeit des Herrn Mag. Kresling erhalte ich das Tuberkulin in fertigen Verdünnungen mit physiologischer Kochsalzlösung in Ampullen von dunklem Glas von 1—5 ccm. Inhalt, also in einer für den Gebrauch und die Aufbewahrung ideal bequemen Form. Das hiesige Tuberkulin ist eine Flüssigkeit von Portweinfarbe und besitzt einen spezifischen Geruch, der meiner Ansicht nach am meisten an wilden Honig erinnert. (Dieser Geruch verflüchtigt sich jedoch bald und es tritt das charakteristische Leimaroma einer jeden konzentrierten Fleischbouillon hervor.)

Wegen Zeitmangels muss ich leider die Chemie des Tuberkulins übergehen, in die durch die Arbeiten des letzten Jahrzehnts allmählig mehr Licht gekommen ist und auch die Resultate des Tierexperimentes muss ich aus demselben Grunde hier unerörtert lassen. Dass das Tuberkulin auch in der Tiermedizin anfängt mehr als ein diagnostisches Hilfsmittel zu sein, wird Ihnen übrigens noch heute von berufenerer Seite dargelegt werden[1].

Was die Wirkungen des Tuberkulins anbetrifft, so sind dieselben fast ausschliesslich an subkutanen Injektionen studiert worden. Ueber etwaige Erscheinungen nach

[1]) In derselben Sitzung vom 5. April berichtete Herr Dr. A. Wladimirow über therapeutische Versuche mit Tuberkulin an Rindern.

Digitized by Google

Darreichung per os habe ich nirgends etwas gefunden, glaube aber annehmen zu können, dass die wirksamen Stoffe im Magendarmtraktus vernichtet werden; ich habe z. B. selbst 15 Milligramm Tuberkulin eingenommen und nichts davon verspürt, obgleich diese Dosis $1^1/_2$ mal so gross ist als diejenige, welche bei subkutaner Injektion am gesunden Menschen toxische Erscheinungen hervorzurufen imstande ist. Intravenöse Applikation wird in einer in den letzten Wochen erschienenen Arbeit von Heermann[2]) befürwortet, theoretisch lässt sich für dieselbe ebensoviel anführen als gegen sie. Die Versuche externer Anwendung, die von Unna und mir angestellt worden sind, will ich hier nur im Vorübergehen erwähnen: Lupus zeigte nach Applikation von Tuberkulinsalbe und Tuberkulinseife dieselben Reaktionen wie nach subkutaner Injektion von Tuberkulin. Der Jacob'schen Methode der Lungeninfusion endlich, welche im vorigen Sommer ein gewisses Aufsehen (leicht skandalös gefärbt) erregte, ist ja schon von vornherein durch ihre enorm schwierige Technik der Weg zu irgend umfangreicherer Anwendung verschlossen.

Subkutane Injektionen von entsprechenden Tuberkulindosen sind imstande toxische Erscheinungen im tuberkulösen Organismus hervorzurufen. Was die Dosen betrifft, so ist eine kolossale Differenz zwischen der Empfindlichkeit des Menschen und der Tiere zu konstatieren: beim gesunden Menschen rufen schon 10 Milligramm ein gewisses Unbehagen, Zerschlagenheit, nervöse Reizbarkeit hervor und Dosen von 25 Milligramm wie es Koch zuerst an sich erprobt hat, geben bereits sehr ausgesprochene Vergiftungssymptome — Fieber, Uebelkeit, Dyspnoë. Dagegen vertragen nach J. Courmont[3]) Hund und Rind 10 Gramm, Meerschweinchen 2 Gramm, Kaninchen 5 Gramm ohne sichtliche Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens. (Subdurale Impfung von 3—4 Milligramm genügen aber, um ein Meerschweinchen zu tödten.) An der Injektionsstelle werden Reizerscheinungen nicht konstatiert.

Ein Organismus, welcher Tuberkel enthält, zeigt nach Tuberkulininjektion Erscheinungen, welche Koch auf den Gedanken der Verwendung des Praeparates zu diagnostischen Zwecken brachten. Ausser Fieber und sonstigen mehr oder weniger schweren Allgemeinerscheinungen, die durchaus nicht der angewandten Dosis proportional zu sein brauchen, sieht man in geeigneten Fällen Lokalreaktionen, deren anatomisches Substrat zunächst in starker aktiver Hyperaemie innerhalb der tuberkulösen Herde und um dieselben herum besteht. An dieselbe schliessen sich dann verstärkte Transsudation in das Gewebe, verstärkte Emigration von Leukocyten aus den Kapillaren und Bildung von Fibrinniederschlägen in der peripheren Zone des Tuberkels. Anatomisch sind diese Prozesse hinreichend studiert worden, sowohl an Tieren als an Opfern der ersten Tuberkulinbegeisterung. Die klinische Erscheinungsform der Lokalreaktion hängt natürlich von dem betreffenden Organ ab: bei tuberkulös affizierten Knochen und Gelenken, NB. den undankbarsten Objekten für Tuberkulinstudien, oder bei ähnlichen sozusagen chirurgischen Lokalisationen beobachtet man Empfindlichkeit und, wo die anatomischen Verhältnisse das gestatten — Schwellung. Ich erinnere mich diese diagnostisch natürlich gut verwertbaren Erscheinungen bei einer jungen Patientin mit vollkommen stationär gewordener Spitzenaffektion gesehen zu haben, die ein suspektes Infiltrat in der Ileocoecalgegend bekam und der Kollege Rinne diagnostisch Tuberkulin injizierte.

Ausser Fieber und Schmerzhaftigkeit liess sich ein Anschwellen des Tumors und ein stärkeres Hervortreten seiner unregelmässig knolligen Konfiguration konstatieren. Die Erscheinungen an Lupuskranken nach Tuberkulininjektion dürften Ihnen wohl schon zur Genüge bekannt sein.

Bei Lungenaffektionen finden wir nach diagnostischer Tuberkulinreaktion häufig folgende Erscheinungen: Schmerzen oder ein dumpfes Druckgefühl entsprechend den erkrankten Lungenpartien, weiter — Verstärkung der Schalldämpfung, Verschärfung des Exspiriums, Zunahme der Zahl und Konsonanz der Rasselgeräusche und, was gelegentlich das praktisch wichtigste sein kann, Auftreten der physikalischen Erscheinungen von Verdichtung des Lungengewebes und von Rasseln an solchen Stellen, die man vorher durch Auskultation und Perkussion als gesund befunden hat. Weiter beobachtet man nicht selten eine Zunahme der Sputummenge und, was praktisch ebenfalls besonders wichtig sein kann, das Auftreten von Sputum bei Patienten, die vorher trocken oder überhaupt nicht husteten. All die geschilderten Erscheinungen verschwinden wieder und zwar gewöhnlich recht schnell. Von eigenen Beobachtungen erinnere ich mich beispielsweise der folgenden: 18 Stunden nach Tuberkulininjektion konstatierte ich bei der Patientin, einem 14-jährigen Mädchen, Temperaturerhöhung und nervöse Erregung sowie Schmerzen in der Gegend der infiltrierten R. Lungenspitze. Rasseln war dort nicht zu hören. 2 Stunden später machte mich mein damaliger Chef Dr. Frankenhäuser auf ziemlich reichliches meist feineres Rasseln aufmerksam, welches wir ziemlich weit verfolgen konnten. 6 Stunden später, bei der Abendvisite, war vom Rasseln bereits keine Spur mehr zu hören. — Eine andere Patientin, 27 J. alt, bei der der tuberkulöse Charakter der Spitzeninfiltration bei dem vollkommenen Fehlen von Sputum nicht erwiesen werden konnte, erfreute uns nach der 2. diagnostischen Injektion durch einen Sputumballen, der Bazillen in Reinkultur enthielt.

Die Temperatursteigerung beansprucht unter sämtlichen klinischen Erscheinungen der Tuberkulinreaktion die grösste Beachtung, da sie eine exakte quantitative Bestimmung gestattet. Gegenwärtig wird eine Temperatursteigerung von 0,5° über das sonstige 24-stündige Maximum als beweisend für das Vorhandensein tuberkulöser Herde betrachtet. Nach der allgemein herrschenden Ansicht reagiert der kranke Organismus, Marmorek dagegen nimmt an, dass das Tuberkulin als Stimulans fungiere, welches den Bazillus zur Produktion des eigentlichen Tuberkulotoxins anrege, sodass nach ihm das Tuberkulin nicht ein Reagens auf Tuberkel, sondern auf lebende Tuberkelbazillen ist. Seine Theorie würde einigermassen eine häufig beobachtete und sonst schwer zu deutende Tatsache erklären, dass nämlich im allgemeinen kleine, frische Herde stark reagieren, sehr alte, ausgedehnte — gar nicht.

Ich muss mir leider versagen, auf die Hypothesen einzugehen, welche das Wesen der Tuberkulinreaktion erklären sollen, und möchte nur als plausibelste diejenige hervorheben, wonach es sich hier um eine Reaktion von albumosenhaltigen und albumosenbildenden Geweben auf in's Blut eingeführte Fremdalbumosen ist.

In den Ländern, welche ein grosses und gut bearbeitetes Material für das Studium der Frühstadien der Phthise besitzen, wie Deutschland, Oesterreich und die Schweiz mit ihren zahlreichen Sanatorien, Volksheilstätten und Spezialpolikliniken ist die Frage der praktischen Verwendung des Tuberkulins zu diagnostischen Zwecken definitiv im positiven Sinne gelöst. Die Stim-

[2]) Ztschr. für Tuberkulose und Heilmittelwesen. Bd. VII. Heft 1. «Ueber einen schmerzlosen Injektionsmodus des Alttuberkulins».

[3]) J. Courmont: Précis de Bacteriologie pratique. Paris 1903. p. 468.

Digitized by Google

men, welche hin und wieder dagegen laut werden, betreffen 2 Punkte, nämlich erstens die Gefährlichkeit und zweitens die Unsicherheit des Verfahrens. Was den ersten Punkt betrifft, so ist die Zahl der Fälle, in denen auf diagnostische Tuberkulininjektionen eine Beschleunigung des Krankheitsverlaufes oder Komplikationen wie Haemoptoe und käsige Pneumonie eintraten, eine so minimale, dass man sie bei der prognostischen Unberechenbarkeit auch der anscheinend gutartigsten Tuberkulosefälle ganz ruhig als die Statistik nicht belastend betrachten darf. Den zweiten hervorgehobenen Nachteil teilt das Tuberkulin mit unseren sämtlichen klinischen Untersuchungsmethoden: Tuberkulin wird nur als Ergänzung zu allen übrigen betrachtet und verlangt wie alle übrigen kritische Verwertung.

Man verfährt in der Weise, dass man bei dem fraglichen Patienten zunächst einige Tage lang 2—3-stündlich die Temperatur misst, um das Temperaturmaximum und die Temperaturamplitude zu bestimmen. In mehreren Städten Deutschlands bestehen ja Spezialabteilungen bei Hospitälern und Kliniken oder Spezialpolikliniken, in denen suspekte Fälle behufs genauerer Diagnosenstellung und Begutachtung als stationäre Patienten aufgenommen werden und in denen durchweg auch die Tuberkulinprobe vorgenommen wird. Was die Technik der diagnostischen Injektionen betrifft, so beginnt man meist mit der Dosis von 0,1 Milligr. Im Fall einer positiven Reaktion wiederholt man dieselbe Dosis nach 5 Tagen und ist dann die 2. Reaktion auf dieselbe Dosis oft stärker als die erste. Falls keine Reaktion eintritt, nimmt man das nächste Mal, d. h. nach frühestens 3×24 Stunden 0,5 Mill., dann 1 Mill., 5 Mill. und 10 Mill. Ueber 0,01 hinauszugehen hätte keinen Sinn, da hier die toxischen Dosen beginnen. Auch ein zu langsames Steigern der Dosen wäre verfehlt, da man auf diesem Wege sicher eine temporäre Tuberkulinimmunität erhielte, welche die Sache vollkommen verdunkeln würde. Ausserdem ist als sehr wesentlich der psychische Faktor zu berücksichtigen, denn wie eine kürzlich erschienene Arbeit von Köhler und Behr[4]) über 60 Fälle nachweist, kann bei fast einem Drittel der Tuberkulösen, die über die zu erwartende Reaktion informiert sind, auf dem Wege der psychischen Beeinflussung eine vollkommen entsprechende Reaktion mit Fieber etc. nach einer Injektion von physiologischer Kochsalzlösung oder einem blossen Stich mit der Pravaznadel eintreten. Ausser der Suggestion spielt hierbei die Labilität sämtlicher nervöser Centra des Tuberkulösen mit. Es ist daher zu empfehlen stets auch Kontrollinjektionen mit physiologischer NaCl-Lösung zu machen. Die Diagnose auf das Bestehen von Tuberkulose wird meines Erachtens durch die Möglichkeit solcher rein psychischer Reaktionen nur gestützt, ausser in Fällen von Hysterie, die dann durch andere Stigmata zu erweisen ist. Köhler und Behr weisen ausdrücklich darauf hin, dass die psychisch bedingte Pseudoreaktion nicht überwiegend bei neuropathischen Individuen beobachtet wurde.

Ausser fiebernden Kranken, bei denen sie keinen Zweck hätten, sind diagnostische Injektionen kontraindiziert nach vorhergegangener, wenn auch geringer Haemoptoe und bei Herzleiden. Es wäre ja widersinnig, aktive Hyperaemie an Lungenpartien mit lädierten Gefässen hervorrufen zu wollen oder an Leuten mit krankem Herzen Experimente mit Schwankungen der Körpertemperatur und des Blutdruckes[5]) anzustellen. Endlich gelten auch Epilepsie und schwere Hysterie als Kontraindikation, wegen der Möglichkeit auf psychischem Wege Anfälle hervorzurufen.

Was die therapeutische Verwendung des Tuberkulins betrifft, so ist es psychologisch verständlich, dass ein kleines Häuflein getreuer, teilweise Koch's persönliche Schüler, dem neuen Mittel treu blieb, von dem selbst ein so nüchterner Kritiker wie Cornet zugiebt, dass es auch in der ersten Periode der allzuhohen Dosierung eine Reihe zweifelloser glänzender Erfolge gezeitigt hat.

Theoretisch können wir die Tuberkulintherapie gegenwärtig auf 2 Grundtatsachen stützen: Erstens enthält Tuberkulin einen Teil der Toxine der menschlichen Tuberkulose, durch deren wiederholte Einführung in langsam steigenden Dosen wir im behandelten Individuum Giftunempfindlichkeit erzeugen. Zweitens hat die wiederholte lokale Tuberkulinreaktion eine Verstärkung der reaktiven Zellproliferation im umgebenden Gewebe und eine verstärkte Bildung von demarkierendem Bindegewebe zur Folge[6]). Wir wollen also einerseits gegen die in den Bazillen und ihren Excretionsprodukten enthaltenen Toxine aktiv immunisieren[7]) und zweitens Organen, die dem direkten Eingreifen fast ganz entrückt sind, die sog. sklerogene Methode angedeihen lassen, als deren Prototyp wir in der Chirurgie z. B. das Bier'sche Verfahren kennen.

Die therapeutische Anwendung von Tuberkulin hat vor allem guten Ernährungszustand oder beständige reichliche Nahrungszufuhr zur Voraussetzung. Den Tuberkeltoxinen ist ja der bekannte «zehrende» Einfluss auf den Organismus eigen und nicht so selten ist das Resultat zu schnell auf einander folgender Tuberkulininjektionen ein Sinken des Körpergewichtes. Dem Tuberkulin gebührt daher ein hervorragender Platz in den Sanatorien speziell in den Fällen, wo durch das hygienisch-diaetetische Verfahren Restitution des ursprünglichen Körpergewichtes stattgefunden hat und die Lungenerscheinungen stationär oder regressiv geworden sind. In unseren Hospitälern dagegen werden wir Fälle, die zur Tuberkulinbehandlung geeignet sind, stets nur als rarae aves begrüssen können und ein Wiederaufleben der allgemeinen Tuberkulinbegeisterung hätte wieder eine unabsehbare Reihe von Opfern zur Folge.

Dem Tuberkulin als therapeutisches Mittel wird vielfach der Vorwurf gemacht, dass es eigentlich erst dann in Aktion zu treten habe, wenn die übrige Methodik der modernen Phthiseotherapie bereits ihre Arbeit getan hätte, dass also quasi das Tuberkulin die Lorbeeren des klimatisch-diaetetischen Verfahrens ernte. Spezialisten wie Sorgo und Moeller, die ein zahlreiches und gesichtetes Heilstättenmaterial seit vielen Jahren beobachten, geben aber stricte an, dass die Heilstättenresultate bei weitem bessere sind bei Tuberkulinbehandlung als ohne dieselbe und dann darf ja logischerweise das klimatisch-diaetetische Verfahren nicht als Therapie bezeichnet werden. Es ist ja nur eine Vorbedingung zur Therapie der Tuberkulose und dient nur als Surrogat derselben, solange wir nicht eine spezifische Therapie ergreifen.

---

[4]) Dtsch. Archiv f. klin. Medizin Bd. 82. Heft 3 u. 4. «Ueber suggestives Injektionsfieber bei Phthisikern».

[5]) Letztere schon auf rein psychischem Wege bedingt.

[6]) Das Endresultat dieses Prozesses braucht aber nicht die «schiefergraue Narbe» unserer Sektionsprotokolle zu sein: Turban fand z. B. in einem klinisch sehr lange beobachteten und später durch Zufall (Suicidium) zur Autopsie gelangten ausgeheilten Fall des II. Stadiums an Stellen, die früher kompakt infiltriert gewesen waren, ein lufthaltiges Lungengewebe von etwas starrerer Konsistenz als normal. Histologische Untersuchung ergab nur eine gewisse Verdickung der Septa interalveolaria (Persönliche Mitteilung von Herrn Dr. Turban).

[7]) Die verschiedenen Versuche passiv Tuberkuloseimmunität zu erzeugen, sollen demnächst gleichfalls zusammenfassend erörtert werden.

Digitized by Google

Die leitenden Gesichtspunkte der modernen Tuberkulintherapie sind 1) sehr langsames Steigern der Dosis und zwar nur dann, wenn die vorhergehende Dosis keinerlei Reaktion erzeugt hatte. 2) Zurückgehen in der Dosis, nachdem eine eventuell vorhergegangene Reaktion vollkommen abgeklungen ist. 3) Hinreichende Intervalle zwischen den einzelnen Injektionen. 4) Möglichstes Vermeiden von schweren Allgemeinreaktionen mit ihren mehr oder weniger quälenden Symptomen. Da eine vorübergehende Tuberkulinimmunität sehr leicht erzeugt wird, so werden in der Behandlung hin und wieder grössere Pausen gemacht, nach denen der Patient, falls er nicht geheilt ist, gewöhnlich auf eine Dosis reagiert, die viel kleiner ist als die höchste Dosis der vorhergehenden Behandlungsetappe. Ein Patient, der mehrere Monate nach Abschluss der letzten Etappe auf 1 Cgrm. nicht mehr reagiert, ist als geheilt zu betrachten.

Wenn also das Tuberkulin einen Platz in den Sanatorien gefunden hat, so ist es erst recht angezeigt, Patienten, die aus Sanatorien und vom Landaufenthalt im Zustande der sogenannten «wirtschaftlichen» Heilung zurückkehren, nicht mit Abwarten und Guajakol zu behandeln, sondern sie sachgemäss zu tuberkulinisieren.

Als kontraindiziert haben wir das Beginnen einer Tuberkulinkur nach Haemoptoe und bei stark hervortretender Neigung zu wiederholtem Blutspeien zu betrachten, aus den vorher angeführten Gründen. Als kontraindiziert gilt sie bei fiebernden und ambulatorischen Patienten, aber nur relativ. Es ist ja nicht leicht bei Patienten, die man in Tagen der Gesundheit nicht beobachtet hat, zu entscheiden, ob sie fiebern oder nicht. Die Thermometrie allein genügt dazu nicht. Wenn wir 37,3° bei Mundmessung als obere Grenze des Normalen annehmen, so ist die Frage damit noch nicht gelöst: erstens sieht man oft genug Patienten, deren 24-stündige Temperaturamplitude zwischen 35,5 und 37,3 liegt, die also in Wirklichkeit eine steilzackige Curve haben und weiter kann man bei Leuten, deren Maximum bei vollkommen ruhigem Verhalten vielleicht noch tiefer als 37,3 liegt, nach geringen körperlichen Bewegungen die Temperatur bis 37,6—38 gehen sehen. Während nun noch vor wenigen Jahren die rigorose Forderung aufgestellt wurde, bei selbst minimalem nicht Fieber zu spritzen, darf ich nicht verhehlen, dass eine Anzahl Spezialisten in den letzten Jahren bei monatelang anhaltendem Status subfebrilis — als Ausdruck einer aktiven, aber nicht progressiven Tuberkulose — Tuberkulin mit glänzendem Erfolge angewandt haben.

Ambulatorische Kranke soll man nur dann nicht tuberkulinisieren, wenn ihnen äussere Verhältnisse, Intellekt oder Bildungsgrad nicht eine hinreichende Selbstbeobachtung ermöglichen. Eine Dame, bei der dieses nicht der Fall war, habe ich mit gutem Erfolge tuberkulinisiert.

Die Quintessenz der modernen Anschauungen über Tuberkulin, wie sie sich unter den Spezialisten dieses Gebietes herauskrystallisiert haben, möchte ich in folgenden Worten formulieren: Tuberkulin ist ein Mittel, das man häufiger meiden, zuweilen aber anwenden soll, ein Mittel von unschätzbarem Wert, durch Missbrauch zeitweilig diskreditiert, in Zukunft vielleicht zu vervollkommnen, aber nicht mehr zu verdrängen. Freilich verlangt seine Anwendung mehr als eine Pravaz'sche Spritze und eine Dosentabelle [*]).

---

*) Diese Arbeit ist die Skizze eines demnächst erscheinenden Buches: in demselben sollen vollständigere Quellenangaben und eine nähere Beleuchtung der Ansichten der Tuberkulingegner Platz finden.

Der Verf.

Referate.

H. Lenhartz: Zur Behandlung der epidemischen Genickstarre. (Münchener med. W. Nr. 12. 1905).

Nachdem die epidemische Genickstarre gewöhnlich mit Calomel und mit Cantharidenpflaster, die handbreitgross auf die Kopf-Halsgegend appliziert, behandelt worden, finden wir jetzt ein neues Mittel in der Lumbalpunktion, das entschieden wert erscheint angewandt zu werden. L. kommt auf Grund seiner 45 Fälle zum Schluss, dass man durch regelmässig und häufig wiederholte Lumbalpunktionen den Krankheitsprozess entschieden günstig beeinflussen kann. Die Punktion wird am besten in der Weise ausgeführt, dass man in linker oder rechter Seitenlage und bei nicht erhöhtem Kopf genau in die Mittellinie zwischen zwei Dornfortsätzen die Hohlnadel einsticht. Der Einstich gelingt dem Ungeübten um so eher, je mehr die Lumbalgegend nach aussen durchgebogen wird, was um so leichter geschieht, wenn die Oberschenkel gegen den Bauch gezogen und herangedrückt werden. Legt man eine Senkrechte von der crista ilei auf die Wirbelsäule, so findet man den günstigsten Punkt für den Einstich. Es ist ratsam in einer Sitzung nicht mehr wie (im Mittel) 30 bis höchstens 50 ccm. abzulassen und sich zur Pflicht zu machen, nur unter Kontrolle des überall leicht mitzuführenden Steigrohres die Druckmessung vorzunehmen. L. hat bis zu 15 Lumbalpunktionen gemacht und dabei insgesamt 400 Ccm. Exsudat gewonnen. Bei 40 Fällen hat L. den Weichselbaum-Jäger'schen diplococcus intracellularis gefunden.

Unterberger.

Bericht über die wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für das Jahr 1904.

Zusammengestellt vom stellvertret. Sekretär O. Moritz.

Während des Jahres 1904 hielt der Verein 16 wissenschaftliche Sitzungen ab, in welchen von 22 Mitgliedern und 1 Gast 30 wissenschaftliche Mitteilungen gemacht, 19 Patienten vorgestellt und verschiedene makroskopische und mikroskopische Präparate, Apparate, Abbildungen u. s. w. demonstriert wurden. Die Vorträge und Mitteilungen verteilen sich folgendermassen auf die einzelnen Disziplinen:

Pathologische Anatomie.

Colmers (Gast): Ueber histologische Studien an den Schleimhautkarzinomen des Magens und des Rektums (764. Sitz.).

Ucke: Demonstration eines Präparates von Aneurysma der Art. mesenterica (765. Sitzung).

Innere Medizin.

Albanus: Ueber primäres Lungenkarzinom (754. Sitzung).

Lunin: Demonstration von 4 Pat. mit Peritonitis tuberkulosa (759. Sitzung).

Stühlern: Ueber die Bedeutung des Bacillus pneumoniae Friedländer als Erreger von Pneumonie (758. Sitzung).

Ucke: Ueber Flagellaten im diarrhoischen Stuhl (755. Sitzung).

Westphalen: Th. v. Schröders Krankengeschichte (751. Sitzung).

Derselbe: Ueber Stenokardie und Claudication intermittente (752. Sitzung).

Nervenkrankheiten.

Bary: Ueber Schrift- und Zeichenproben von Geisteskranken (763. Sitzung).

Lange: Ein klinischer Fall von Syringomyelie (752. Sitzung).

Voss: Ueber chronische progressive Bulbärparalyse (756. Sitz.).

Chirurgie:

Dombrowski: Ueber Coxa vara (761. Sitzung).

Derselbe: Ueber Haemorrhoidaloperationen (766. Sitzung).

Fick: Kasuistische Beiträge zur Hirnchirurgie (753. und 757. Sitzung).

Sender: Demonstration eines Falles von Osteomyelitis staphylomycotica acuta fibulae (761. Sitzung).

Digitized by Google

Wichert und Fick: Ein Fall von Tuberkulose einer Niere mit erfolgreicher operativer Entfernung des kranken Organs (765. Sitzung).

Geburtshilfe und Gynaekologie.

Dobbert: Ueber einige neuere gynaekol. Operationsmethoden (mit Demonstrationen von Projektionsbildern) (757. Sitzung).

Lingen: Ueber einen operativ behandelten Fall von ausgetragener Extrauteringravidität in einem unversehrten Tubensack (760. Sitzung).

Kinderkrankheiten:

Schmitz: Ueber den Retropharyngealabszess der kleinen Kinder (764. Sitzung).

Augenkrankheiten:

Blessig: Zur Operation des Schichtstars, mit Vorstellung operierter Fälle (762. Sitzung).

Derselbe und Ucke: Ueber Pilzmassen in den Tränenkanälchen (755. Sitzung).

Germann: Bericht über den internationalen Ophthalmologen-Kongress in Luzern (763. Sitzung).

Lezenius: Zur Aetiologie des Schichtstars (762. Sitzung).

Nasen-Rachenkrankheiten.

Hellat: Demonstration von 2 Patienten: 1) fehlerhafte Sprache, korrigiert durch Paraffininjektionen; 2) vollständige Spaltung des harten und weichen Gaumens. (758. Sitzung).

Derselbe: Zur Diagnose und Therapie der Nasenlues. (756. Sitzung).

Hautkrankheiten.

Petersen: Demonstration von 5 Patienten: 1) Zwei Ulcera am Unterschenkel nach ausgeheilter Scabies, 2) Fall von Miliartuberkulose der Schleimhaut der Unterlippe, 3) Nach Finsen behandelter geheilter Fall von Lupus der Nase, 4) Ulcus rodens des linken Ohres, 5) Weiterer nach Finsen behandelter Fall von Lupus (765. Sitzung).

Derselbe: Ueber die nichtchirurgische Behandlung des Hautkrebses (765. Sitzung).

Schiele und Ucke: Ueber Mykosis fungoides (760. Sitzung).

Urologie:

Kreps: Demonstration einer Reihe von kystoskopischen Bildern im Projektionsapparate (759. Sitzung).

Diversa:

Germann: Ueber hygienische und sanitäre Verhältnisse auf Island. (765. Sitzung).

Protokolle des XVI. Aerztetages[1]) der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904.

Erste Sitzung.

Am Donnerstag den 17. August von 10—1 Uhr Vormittags.

1. Stadtarzt Dr. Ch. Ströhmberg eröffnet im Namen der Medizinalverwaltung den Aerztetag.

2. Stadthaupt V. v. Grevingk heisst den Aerztetag im Namen der Stadt willkommen und ladet die Mitglieder mit ihren Damen zu einem Abendessen in den Räumen des Sommerlokals der Bürgermusse am Donnerstag den 19. August ein.

3. Präses Prof. Dehio bewillkommt die Mitglieder des Aerztetages und spricht dem Stadthaupt für die freundlichen Wünsche und die Einladung den Dank des Aerztetages aus. Nachdem der Präses der Kollegen gedacht, die in den Krieg gezogen und ihnen eine glückliche Heimkehr gewünscht, spricht er ferner dem Rektor der Universität und dem Dekan der medizinischen Fakultät seinen Dank für die Ueberlassung des Hörsaales der medizinischen Klinik als Sitzungslokal aus.

4. Dr. Truhart — Jurjew (Dorpat), begrüsst als Präses der Dorpater medizinischen Gesellschaft im Namen derselben die zum Aerztetag versammelten Glieder der Gesellschaft livländischer Aerzte, deren Erscheinen in so grosser Anzahl im Verein mit dem reichen Material, welches die Tagesordnung biete, ein Zeichen sei, dass die Aerztetage den Aerzten des Landes zu einem Bedürfnis geworden sind, was den Beschluss rechtfertige, trotz der Schwere der Zeit, die durch den Krieg heraufbeschworen, und trotz des Fortganges so vieler Kollegen auf den Kriegsschauplatz, den Aerztetag abzuhalten.

5. Präses Prof. Dehio: Nach einer Uebersicht über die auf dem letzten Aerztetage zum Abschlusse gelangten Kommissionsarbeiten erörtert der Präses die auf dem vorigen Aerztetage gewählte Kommission in Sachen der Hebammenfrage, über deren Tätigkeit Dr. Keilmann Riga referieren wird.

6. Sekretär Dr. Engelmann — Riga verliesst ein Verzeichnis der eingelaufenen Schriften.

1) Архивъ Біологическихъ наукъ, herausgegeben von dem Kaiserl. Institut f. Experimentalmedizin. Bd. X. 2—5.

2) Bericht über die Tätigkeit der Wologdaschen medizinischen Gesellschaft für 1901—1902.

3) Bericht über die Tätigkeit des Kinderhospitals der heiligen Olga in Moskau f. 1902.

4) Arbeiten der Gesellschaft russischer Chirurgen in Moskau 1902—1903.

5) Protokolle der Omskischen Medizinischen Gesellschaft 1903—1904.

6) Rechenschaftsbericht über die Tätigkeit der Gesellschaft der Aerzte des Wolhynischen Gouvernements 1902.

7) Dritter und Vierter Bericht des Evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke zu Pitkäjärwi 1901—1902.

8) Dr. A. v. Pezold: Direktor des Sanatoriums für Lungenkranke zu Pitkäjärwi: Einiges über die Tuberkulosefrage und das Heilstättenwesen.

9) Prospekt des (unter dem Protektorate des Königs und der Königin von Portugal) in Lissabon vom 19.—26. April 1906 stattfindenden XV. internationalen medizinischen Kongresses.

10) Dr. Ernst Hörschelmann: Ueber die Form der Mamma bei der Estin mit Bemerkungen über die Mammaform bei einigen anderen Völkerschaften.

7. Kassaführer Dr. Pfaff — Jurjew (Dorpat): Kassenbericht.

Einnahmen:

	Rbl.	Kop.
Saldo vom XV. Aerztetage (Pernau)	903	08
Zinsen	33	—

Ausgaben:

	Rbl.	Kop.
Juni 1.: Telegramm aus Pernau an Dr. Truhart.	1	—
Juli 17.: Porto und Marken	—	71
Nov. 6: An die «St. Petersb. med. Wochenschrift» für Druck der Protokolle.	145	—
— Porto dafür	—	35
Mai 25. Für einen Kranz zur Beerdigung des Stadthauptes Dr. med. v. Bock.	25	—
Juli 24.: d. Sekretär Dr. Engelmann (für Versendung der Protokolle etc.)	35	—
Porto dafür.	—	25
Drucksachen C. Mattiesen	15	85
Inserate 23 Rbl. 45 Kop. Marken 34 Kop. . . .	23	79
Saldo für den nächsten Aerztetag	689	53
Summa . .	936	48

8. Bestimmung der Zeit und des Ortes des nächsten Aerztetages.

Präses: Es liegen 2 Einladungen für den nächsten Aerztetag vor, eine seitens des Arensburger Stadtamtes, die 2. seitens der Badedirektion in Kemmern.

Die Versammlung entscheidet sich als nächstjährigen Versammlungsort Arensburg zu wählen, als Termin wird die Zeit vom 10.—15. August bestimmt und die genauere Fixirung dem Vorstande überlassen.

9. Wahlen: Es werden gewählt

1) zum Präses: Prof. Dehio, Jurjew (Dorpat).
2) zum Vizepräses: Dr. Ch. Ströhmberg, Jurjew (Dorpat).
3) zum I. Sekretär: Dr. G. v. Engelmann, Riga.
4) zum II. Sekretär: Dr. Anderson, Jurjew (Dorpat).

[1]) Eingegangen am 2. April 1905. (D. Red.)

Digitized by Google

9) zum Kassaführer: Dr. Pfaff, Jurjew (Dorpat) als Stellvertreter eines durch den Vorstand zu designierenden Kollegen in Arensburg.

10) Dr. M. Schmidt — Riga: Bericht über die Tätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den drei Ostseeprovinzen.

Meine Herren Kollegen!

Als Vorsitzender der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den 3 Ostseeprovinzen» erbitte ich mir Ihre Aufmerksamkeit, um Ihnen über die Tätigkeit der Gesellschaft seit ihrer Ueberführung nach Riga Bericht zu erstatten.

Im Jahre 1902 machte das Rigaer Lokalkomitee der damals in Dorpat domizilierenden «Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den 3 Ostseeprovinzen» Vorschläge, welche dahin gingen, erstens diesem Lokalkomitee, sowie allen sonst noch sich bilden wollenden Lokalkomitees eine legale Existenzberechtigung zu schaffen und demselben ein Stimmrecht in Angelegenheiten der Gesellschaft zu gewähren. Das Projekt eines solchen Filialstatuts sandte das Rigaer Lokalkomitee nach Dorpat ein. Die Verwaltung der Gesellschaft fragte darauf an, ob das Rigaer Lokalkomitee eventuell geneigt sei, selbst die Verwaltung zu übernehmen, und verlegte nach Empfang einer bejahenden Antwort den Sitz der Gesellschaft von Dorpat nach Riga. Die Genehmigung des Herrn Ministers des Innern zu dieser Ueberführung erfolgte gegen Schluss des Jahres 1902, und nachdem dieselbe eingetroffen war, machte die Gesellschaft sich daran, das projektierte Filialstatut nochmals durchzusehen, und genauer auszuarbeiten, um es zur Bestätigung in Petersburg vorzustellen. Dieses Projekt suchte im wesentlichen den Gedanken zu verwirklichen, dass die einzelnen Lokalvereine, ebenso wie der Kontrolverein in Riga, möglichste Selbständigkeit haben sollten, und dass bei Inangriffnahme grösserer Unternehmungen die einzelnen Lokalvereine auch direkt mitsprechen und direkt proportional ihrer Mitgliederzahl mitstimmen sollten. Die Beschlüsse sollten gemäss den einlaufenden Voten der Lokalvereine und dem Votum der Rigaer Centrale gefasst werden, und für Annahme oder Ablehnung sollte direkt die Anzahl der hinter den entsprechenden Voten stehenden Mitglieder entscheidend sein. Auf Wunsch des Herrn Dr. Kusik — Reval, welcher Mitglied des Verwaltungsrats ist, wurde dieses projektierte Filialstatut nach Reval eingeschickt, damit die dortige Gruppe von Interessenten an der Sache sich damit bekannt mache, und Stellung dazu nehme. Ende Februar 1903 lief ein Schreiben aus Reval ein, welches den Standpunkt vertrat, die Gründung von Filialen sei nicht günstig, wegen der Möglichkeit zu grosser Zersplitterung; dagegen schlug die Revalenser-Gruppe eine Organisation vor in der Art der Unterstützungskasse für evangelisch-lutherische Gemeinden in Russland, d. h. es sollten nur gleichberechtigte Lokal-Vereine existieren, und ausserdem ein Central-Komitee, das zu bilden sei aus Delegierten dieser Lokal-Vereine. Seitens der Lokal-Vereine sei die Hälfte der eingelaufenen Mitgliedsbeiträge an das Central-Komitee abzuführen, über die übrigen Einnahmen verfüge der Lokal-Verein nach eigenem Ermessen; das Central-Komitee habe die Gesammtheit der Lokal-Vereine zu einem Ganzen zusammenzufassen, und vermöge der durch die Lokal-Vereine in seine Kasse fliessenden Mittel nach Bedarf die von den Lokal-Vereinen erstrebten Ziele zu fördern etc. Obgleich der Verwaltungsrat der Gesellschaft nicht der Meinung war, dass durch das von ihm projektierte Filialstatut eine Zersplitterung zu befürchten wäre, schlug er der inzwischen stattfindenden Generalversammlung vor, einstweilen das fertig ausgearbeitete Filialstatut bei Seite zu stellen, um die Vorschläge der Revalenser genau durchzuberaten, lediglich aus dem Gesichtspunkt, durch weitestes Entgegenkommen möglichst ausgedehnte Kreise der baltischen Heimat zur Mitarbeit an den Zielen der Gesellschaft heranziehen zu können. Mehrere Sitzungen wurden dieser Frage gewidmet, zuletzt eine Kommission niedergesetzt, deren Gutachten in Kürze etwa zu folgenden Resultaten kam: «Nach den ursprünglichen, bei Gründung der Gesellschaft bestätigten Statuten können ausserhalb Riga's lebende Personen nur in der Weise für die Gesellschaft tätig sein, dass sie Beiträge sammeln und dieselben einschicken. Es erscheint der Kommission nicht wahrscheinlich, dass auf diesem Wege das Interesse für die Tuberkulose-Frage auch nur entfernt so lebendig sein wird, als wenn sich lokale Vereine bilden, welche selbst etwas schaffen, und selbst bei den Aufgaben und Arbeiten der ganzen Gesellschaft mitsprechen können. Wenn man aber überhaupt die Gründung von solchen Lokal-Vereinen oder Filialen, — auf den Namen kommt es gar nicht an, — ins Auge fasst, dann, meint die Kommission, ginge es nicht auf dem von Dr. Kusik vorgeschlagenen Wege. Gegen den Vorschlag des Herrn Dr. Kusik, eine Anzahl von Lokal-Vereinen zu gründen und aus Delegierten dieser Lokalvereine ein Central-Komitee zu schaffen, spricht folgendes: bei der Regierung wird sich schwerlich eine solche Verfassung durchsetzen lassen, indem sich weder in der Gesetzessammlung, noch in den Statuten anderer Vereine ein Analogon dafür finden lässt, im Gegenteil, der Staat kennt nur Verwaltungs-, resp. Exekutionsorgane privater Gesellschaften, welche unter der Kontrole der Generalversammlung stehen, und deren Appellationsinstanz diese Generalversammlungen sind. Das, was Herr Dr. Kusik vorschlägt, ist aber ein Organ, welches über den Generalversammlungen steht und keine Appellation von seinen Handlungen und Verfügungen zulässt. Hierzu kommt ferner, dass die Kreierung des, sagen wir, zum mindesten ersten Central-Komitees unmöglich erscheint, weil seine Schaffung das Vorhandensein mehr als eines Lokalvereins voraussetzt; ob sich aber Lokal-Vereine bilden werden, ist eine Frage, die noch offen ist und es hiesse, die ganze für die 3 Ostseeprovinzen geschaffene Gesellschaft in ihrer ganzen Existenz gefährden, wenn man deren Organisation von einem Zufall abhängig machen wollte. Herr Dr. Kusik berief sich bei seiner Proposition auf das Statut der Unterstützungskasse für evangelisch-lutherische Gemeinden in Russland, — das erscheint, wenn man dieses Statut einer Prüfung unterzieht, völlig unhaltbar.

Die Unterstützungkasse ist kaum ein privater Verein zu nennen, eher als staatliches Organ der evangelisch-lutherischen Kirche aufzufassen. Sie steht unter der direkten Aufsicht und Leitung des Generalkonsistoriums, und ihre Hülfskomitees unter der der Provinzialkonsistorien. Das Generalkonsistorium schafft das Zentralkomitee, indem es die erste Wahlversammlung beruft und leitet u. s. f. Klagen über das Central-Komitee gehen an das Generalkonsistorium und den Minister des Innern.

Der Verein zur Ausbildung Blinder und Schwachsichtiger, der Verein zur Verpflegung der Epileptiker und Idioten in Livland, ebenso der Verein zur Ausbildung Taubstummer kennen Zweigvereine, die aber nur die Berechtigung zur Einkassierung von Mitteln haben.

Sonach erschien der Vorschlag des Herrn Dr. Kusik betreffs des Central-Komitees undurchführbar, und die Kommission schlug vor, den Revalensern ihren Kommissionsentwurf zur Gründung von lokalen Zweigvereinen vorzulegen, welcher denselben grosse Selbständigkeit und sehr viel freies Verfügungsrecht gewährt.

Dieser Vorschlag ist in den ersten Tagen des Mai 1903 nach Reval abgegangen, und Anfang Juni 1903 lief die Antwort der Revalenser auf dieses ihnen übermittelte Kommissionsgutachten ein. In derselben wird auf die Bildung eines Centralkomitees verzichtet, doch gleichzeitig die Forderung erhoben, der Verwaltungsrat in Riga solle zusammengesetzt sein aus Vertretern der Hauptgesellschaft in Riga und der Filialen, prozentual nach der Anzahl der Mitglieder, welche diese verschiedenen Gruppen repräsentieren. Ebenso ist der Anspruch beibehalten, in den Statuten solle festgelegt werden, dass 50 pCt. der Mitgliedsbeiträge an den Hauptverein abgeführt werden, alles übrige aber zu freier Verfügung der Filialen zu verbleiben habe. Der Verwaltungsrat hat sich in seiner Sitzung vom 20. September 1903 nochmals mit dieser Frage beschäftigt und hat beschlossen, folgende Ausführungen nach Reval zu richten: «Wir haben uns überzeugen müssen, dass ein Statutenpunkt, welcher die Entscheidung von Fragen auf Grund prozentualer Berechnung der Anzahl der Mitglieder in den Filialvereinen und im Hauptverein schon im Schosse des Verwaltungsrats festsetzt, die staatliche Genehmigung schon deshalb nicht erhalten kann, weil der Verwaltungsrat blos die Fragen für die Generalversammlung vorbereitet.

Die Entscheidung liegt bei der Generalversammlung, ebenso wie die Wahl der Glieder des Verwaltungsrats der Generalversammlung zusteht, und wir haben daher den Punkt so gefasst, dass wir sagen, der Verwaltungsrat sei gehalten, die Meinung aller Filialvereine zu erbitten, und habe dieselben dann mit allen Motiven der Generalversammlung vorzulegen. Selbst wenn es möglich wäre, die staatliche Genehmigung für eine Organisation im Sinne der Herren Revalenser zu exportieren, würden sich praktisch sehr grosse Schwierigkeiten ergeben, da die Mitgliederzahl doch eine alljährlich wechselnde sei und da man für ein verflossenes Jahr wohl sagen könne, wieviel Mitglieder gezählt wurden, für ein bevorstehendes aber gar keine sicheren Anhaltspunkte zu finden sind. Sollen die Repräsentanten der Filialen, welche Mitglieder des Verwaltungsrates sind, zu den Sitzungen sich nach Riga begeben, so würde das eine unerträgliche Belastung derselben bedeuten und den Geschäftsgang voraussichtlich sehr komplizieren und erschweren. Sollen in Riga ansässige Personen mit der Repräsentanz betraut werden, so wäre das insofern eine überflüssige Massregel, als der ganze Verwaltungsrat es sich stets zur Ehre rechnen wird, die Interessen der Filialen zu vertreten. Die eventuellen Repräsentanzmitglieder der Filialen im Verwaltnugtungsrat könnten ferner doch nur bei Fragen in Aktion treten, die sich auch auf die Filialen beziehen, bei allen denjenigen Fragen aber, die speziell nur Riga angehen, müssten sie inaktiv sein. In Bezug auf den Punkt der abzuführenden 50 pCt. der Mitgliedsbeiträge sind wir auch

Digitized by Google

derselben Meinung wie früher, dass es nicht opportun ist, statutengemäss das Prozentverhältniss festzulegen. Wir sind gern bereit, durch Geschäftsordnung 50 pCt. festzusetzen, aber wir wollen unsern Nachfolgern nicht die Freiheit nehmen, das Prozentverhältnis entweder zu erhöhen, oder zu erniedrigen. Zum Schluss wurde der Termin der beschlussfassenden Generalversammlung angegeben, und gebeten, es möchte aus Reval jemand zu dieser Generalversammlung erscheinen.

Das Filialstatut in der Form, wie es jetzt vorliegt, wurde am 6. Okt. 1903 von der Generalversammlung angenommen, und im Laufe desselben Oktobers nach Petersburg zwecks Bestätigung eingeschickt. Diese Bestätigung hat sehr lange auf sich warten lassen, etwa 5 Monate, und als sie dann eintraf, erwies es sich, dass das Papier gleich wieder zurückgehen musste, weil sich sinnstörende Schreibfehler eingeschlichen hatten, die wir nicht das Recht hatten, hier zu verbessern. Erst Ende Mai 1904 sind wir mit dieser Angelegenheit ins reine gekommen, und wenn sie sich die wenigen Paragraphen ansehen, welche neu zu dem Statut hinzugekommen sind, so werden Sie denselben nicht ansehen können, welche Summe von Mühe und Arbeit in ihnen steckt, wie viele Sitzungen mit und ohne Hinzuziehung Sachverständiger nötig waren, um diese Ergänzung der Statuten ins Leben zu rufen.

Herr Dr. Bosse hat Ihnen vor einem Jahre Mitteilung gemacht von dem Projekt, im Verein mit der Stadt Riga ein Sanatorium in Oger zu bauen. Dieser Plan, welcher mit grossem Eifer gefördert wurde, und der in der Tat Aussicht zu seiner Verwirklichung bot, ist gescheitert, im wesentlichen wohl wegen Mangels an Mitteln. Grosse Schwierigkeiten lagen von vorn herein in der Frage, wie die Kommune Riga und der private Verein sich zur Erreichung des Zieles vereinigen sollten, und um so grösser waren die Schwierigkeiten, als der Verein ja gar keine bindenden Vorschläge und Abschlüsse in betreff seiner eigenen pekuniären Beihülfe für das Werk machen konnte. Endlich war auch ein grosses Widerstreben seitens der die Sommerkolonie Oger bewohnenden Rigenser vorhanden, ihnen war der Gedanke, Oger solle ein Sanatorium erhalten, sehr unsympathisch, auch wenn dieses Sanatorium mehrere Werste tiefer ins Land hinein aufgebaut werden sollte. Zum Schluss des Jahres 1903 aber eröffnete sich eine neue Aussicht, indem der Graf Medem, Besitzer des Gutes Stockmannshof, uns einen Platz auf seinem Terrain in Aussicht stellte, und den Verwaltungsrat aufforderte, sich den Platz anzusehen, und zu entscheiden, ob er sich eignen würde. Der Graf wollte unter den günstigsten Bedingungen den Grund und Boden hergeben, und war bereit, auch sonst möglichstes Entgegenkommen zu zeigen. Zweimal sind wir draussen gewesen, und haben einen Platz bezeichnet, der in seltener Weise sich zu dem gedachten Zwecke eignen müsste, hochgelegen, auf trockenem Sandboden, auf dem hohen felsigen Ufer der gewaltig dortselbst strömenden Düna, mit schöner Fernsicht, von allen Seiten Windschutz durch Wald und durch Bodenerhebung, nur nach Süden zur Düna hin offen,— ein Platz, der nicht nur reine Waldluft und Windschutz gewährt, sondern auch durch landschaftliche Schönheit, durch freie weite Fernsicht, durch den grandiosen Ausblick auf den schönen schnellströmenden Fluss von wohltätigstem Einfluss auf das Gemüt der Kranken zu wirken verspricht. Es gelang uns, zu diesen Exkursionen den Herrn Ingenieur-Architekt Hilbig heranzuziehen, der als erfahrener Fachmann uns von wesentlichstem Nutzen war. Dieser zuletzt erwähnte Platz hatte auch seine volle Billigung, um so mehr, als die Wasserversorgung durch eine dortselbst rinnende Quelle gesichert zu sein schien. Herr Architekt Hilbig hat sich der grossen Mühe unterzogen, eine Skizze des projektierten Sanatoriums zu entwerfen, berechnet auf 50 Kranke, eine Anzahl, welche es ermöglicht, das Sanatorium sich selbst erhalten zu lassen; ich habe diese Skizze mitgebracht, und die Herren können sich ansehen, wie wir uns ungefähr die geglaubte Heilstätte denken. Der ungefähre Kostenanschlag aber beträgt etwa 125,000 Rubel, und wir besitzen erst im ganzen 8200 Rubel. Nichtsdestoweniger waren wir zu Beginn des Jahres guten Mutes und fest entschlossen, energisch vorzugehen. Vor allem wollten wir in weitesten Kreisen durch persönliche Verwendung und durch Inanspruchnahme von Institutionen, Gesellschaften und Privatpersonen möglichst viel Mittel in Form von Spenden erzielen, und dann schwebte uns vor, durch Belastung des Baues mit Hypotheken, die vielleicht unverzinslich, aber jedenfalls rückzahlbar sein sollten, grössere Mittel flüssig zu machen, — da brach der Krieg aus und zwang uns, angesichts der grossen Inanspruchnahme für Kriegszwecke jeder Art, und wegen der grossen Schwierigkeiten, mit dem Handel und Wandel infolge des Krieges zu kämpfen haben, einstweilen zurückzutreten. Dass dieses nur ein kurzdauernder Stillstand sein möge, ist natürlich unser heisser Wunsch, und ein absoluter Stillstand ist es ja auch nicht; wir sammeln weiter unsere Mitgliedsbeiträge ein, und das Kapital wächst immerhin in bescheidener Weise an. Sehr wünschenswert wäre es aber, dass auch anderwärts das Einsammeln von Mitgliedsbeiträgen nicht ins Stocken gerate, sowohl in den Städten als auch auf dem flachen Lande. Seitdem die Verwaltung des Vereins nach Riga übergeführt ist, hat das Sammeln hier in Dorpat z. B. fast ganz aufgehört, und Dorpat wäre doch ein sehr dankbarer Boden für die Bestrebungen des Vereins, der Beginn der Vereinstätigkeit hier in Dorpat hat das bewiesen. Im Jahre 1902 wurden aus Dorpat nach Riga transferiert 1987 Rbl. 78 Kop., im Jahre 1903 — 108 Rbl., im ganzen also etwa 2100 Rbl. Da unser Kapitalbestand etwa 8200 Rbl. beträgt, so sind somit in Riga 6100 Rbl. bisher gesammelt worden.

Das Filialstatut gewährt etwa sich bildenden Filialen die grösste Selbständigkeit, wir haben die Absicht, durch Geschäftsordnung festzusetzen, dass lediglich die Hälfte der ordentlichen Mitgliedsbeiträge an die Hauptgesellschaft abgeführt wird, die andere Hälfte, ebenso wie etwaige Spenden und Stiftungen bleiben zur Disposition des Filialvereins, der auf diese Weise in der Lage ist selbständige Wege zu gehen. Es liegt nicht in der Absicht des Hauptvereins, alle Gewalt an sich zu reissen und das ganze Land in seine Botmässigkeit zu zwingen, sondern wir haben den grossen Wunsch, das Interesse an der Sache des Kampfes mit der Tuberkulose möchte im ganzen Lande ein so intensives sein, dass wir auf Früchte hinweisen könnten, welche von diesem Interesse gezeitigt wurden.

Diskussion:

Präses Prof. Dehio erkundigt sich nach den Plänen der Gesellschaft für die nächste Zeit, ob zunächst nur Geld gesammelt werden soll oder interimistische kleinere Unternehmungen geplant werden.

Dr. Schmidt: Die Gesellschaft hat ausschliesslich die Gründung eines Sanatoriums im Auge, als Krystallisationspunkt, von dem aus sich das Weitere entwickeln soll, Reconvalescentenheim . . . . . . etc. Daher sollen zunächst nur die nötigen Mittel gesammelt werden.

Dr. Koppel — Jurjew (Dorpat) fragt, ob die Gesellschaft versucht hat über die Zahl der Schwindsüchtigen im Lande sich nähere Daten zu verschaffen und ob es nicht geraten erscheine, solange die Gesellschaft nicht an den Bau von Sanatorien gehen könne, durch Broschüren die Bevölkerung über die Natur der Krankheit und über die nötigen Behandlungen und Schutzmassregeln aufzuklären. Dadurch würde dem Sanatorienbau vorgearbeitet werden und es würden auch die Gaben reichlicher einfliessen, wenn das Interesse geweckt würde. Zeitungsnotizen seien nicht ausführlich genug, behandelten immer nur einzelne Seiten der Frage.

Zur Sammlung von Daten könnte man versuchen die auf dem Lande lebenden Kollegen heranzuziehen, die ja, wenn auch nicht genaue, so doch annähernde Berichte aus ihrem Wirkungskreise geben könnten, die recht wichtig wären.

Dr. Schmidt: Die statistische und wissenschaftliche Seite der Frage ist bisher noch nicht in Angriff genommen worden. Genaue Daten, die allein wertvoll wären, sind zunächst nicht zu beschaffen, die der Medizinalabteilung eingelieferten Berichte genügen dazu nicht. Der Nutzen, den Broschüren schaffen könnten, ist nicht zu leugnen und auch bereits in Erwägung gezogen. Bisher sind nur Artikel in verschiedenen Zeitungen publiziert worden.

(Fortsetzung folgt.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Geburtsfest Seiner Majestät des Kaisers ist dem ordentlichen Professor der Chirurgie an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Werner Zoege von Manteuffel, die Würde eines Ehren-Leibchirurgen des Hofes Seiner Kaiserlichen Majestät verliehen worden, mit Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Zu Ehren-Leibärzten des Hofes Seiner Kaiserlichen Majestät sind ernannt: der Arzt für Abkommandierungen beim Klinischen Militärhospital, Privatdozent der militär-medizinischen Akademie, Dr. Eugen Botkin und der ältere Ordinator des Ssemenowschen Alexander-Militär-Hospitals, Dr. Peter Bereskin, — beide unter Belassung in den von ihnen bekleideten Aemtern.

Digitized by Google

— Befördert: Zu wirklichen Staatsräten — die Oberärzte: vom Pagenkorps, Dr. Danini; vom I. Kadettenkorps, Dr. Stein; von dem Nikolai-Kavallerieschule, Dr. Ssokolow und vom Kadettenkorps Kaiser Alexander II., Dr. Ssmirnow.

— Dem Arzt des Hofes Sr. Hoheit des Prinzen Alexander und seiner Gemahlin Ihrer Kaiserlichen Hoheit der Prinzessin Eugenie von Oldenburg, Dr. Nikolai Tschigajew, ist der St. Wladimirorden IV. Klasse verliehen worden.

— Verstorben: 1) Am 18. April in Moskau der Fabrikarzt, Staatsrat Dr. Kasimir Smith, im 63. Lebensjahre nach fast 35-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 2) Im Flecken Raschewka (Gouv. Poltawa) der Landschaftsarzt Grigori Glinski im Alter von 32 Jahren am Flecktyphus. Nach Absolvierung seiner Studien an der Charkower Universität i. J. 1898, war der Verstorbene die ersten Jahre Ordinator am Poltawaschen Gouvernementslandschaftshospital und am Nikolaihospital in Charkow, um sich dann als Landschaftsarzt in Raschewka niederzulassen, wo er sich sehr bald als Arzt wie als Mensch die Achtung und Liebe der Bevölkerung erwarb. 3) Am 22. April in Orenburg der Arzt an der psychiatrischen Abteilung des dortigen Gouv.-Landschaftshospitals, Dr. Johann Kasjanow, im 41. Lebensjahre an Nephritis. Der Verstorbene hatte seine medizinische Ausbildung an der Universität Kasan erhalten. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1893 war er als Kronsstipendiat verpflichtet, drei Jahre als Dorfarzt im Astrachanschen Gouvernement zu dienen, worauf er eine Stelle als Landschaftsarzt annahm. In den letzten Jahren fungierte er als Psychiater am Orenburgschen Landschaftshospital, welches ihm die Einrichtung von Werkstätten für die Geisteskranken verdankt. Ausserdem war K. noch Arzt an der Heilanstalt des ärztlichen Vereins und am Asyl für Findelkinder. 4) In Jalta die Aerztin Olga Steinberg an Sarcoma mediastini. Die Verstorbene hatte in Montpellier Medizin studiert und 1898 an der Moskauer Universität die Venia practicandi erhalten, worauf sie als Assistentin an dem Krankenhause der Moskauer Landschaft in Woskressensk angestellt war, bis zunehmende Krankheit sie zwang, Linderung ihrer Leiden im Süden zu suchen. 5) In Wien der bekannte Professor der experimentellen Pathologie und Leiter des Laboratoriums für dieses Fach an der Wiener Universität, Dr. Samuel Ritter v. Basch im 68. Lebensjahre. Nach Erlangung der Doktorwürde i. J. 1862 in Wien, war der Hingeschiedene Leibarzt des Kaisers Maximilian in Mexiko, kehrte jedoch nach dessen Tode nach Wien zurück, wo er 1869 Dozent und 1877 Professor wurde, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende innehatte. Zugleich übte er seit vielen Jahren im Sommer als Badearzt in Marienbad die Praxis aus. Seine zahlreichen Publikationen betreffen hauptsächlich die Blutzirkulation.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Wie die Tagesblätter berichten, hat der Generalbevollmächtigte des Roten Kreuzes Fürst Wassiltschikow die Exekutivkommission davon benachrichtigt, dass er den Professor Dr. W. Zoege von Manteuffel aufgefordert habe, die Funktionen eines chirurgischen Konsultanten für alle im Fernen Osten tätigen Institutionen des Roten Kreuzes zu übernehmen.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner ist der Oberarzt des Lazaretts Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna, dirigierender Arzt der chirurgischen Abteilung des Marien Magdalenen-Hospitals in St. Petersburg, Dr. Richard Butz, zum wirklichen Staatsrat befördert worden.

— Der jüngere Arzt der 3. Artilleriebrigade Dr. Lutschkowski, welcher in der Verlustliste vom 25. März als verschollen gemeldet wurde, ist nachträglich wohlbehalten zu seinem Truppenteil zurückgekehrt.

— Ende April sind mit dem Dampfer «Swanley» 14 Aerzte, 3 Apotheker, 6 barmherzige Schwestern und 317 Sanitäre und am 7. Mai auf dem Dampfer «Tschichatschew» weitere 8 Aerzte und 5 barmherzige Schwestern aus Port-Arthur in Odessa eingetroffen.

— Neuerdings ist Dr. Woldemar Peterson, der in der letzten Zeit Ordinator eines Fabrikhospitals in Jusowka (Gouv. Jekaterinosslaw) war, einberufen worden und hat sich bereits auf den Kriegsschauplatz begeben.

— Wie Dr. E. Mey aus Wladiwostok am 7. April mitteilt, sind dort gegen 700 Aerzte versammelt, die grosse Vorbereitungen treffen. Das Leben soll dort sehr teuer sein und infolgedessen sind die Gagen erhöht worden.

— Am 23. April und an den folgenden Tagen sind die ersten Partien verwundeter und kranker Krieger vom Kriegsschauplatz über Moskau in Riga eingetroffen, welche zum Teil in rigaschen Anstalten, im Sanatorium der Gesellschaft des Roten Kreuzes und am Strandorte Assern untergebracht, zum Teil aber weiter nach ihren Geburtsorten in Livland, Kurland, und Estland befördert wurden.

Von Universitäten und Vereinen.

— Die Kiewer medizinische Staatsprüfungs-Kommission ist aufgehoben worden, da sich nur zwei Examinanden gemeldet hatten.

— Da in den Kliniken der militär-medizinischen Akademie Mangel an ärztlichem Personal eingetreten ist, so soll, den «Nowosti» zufolge, die Konferenz der Akademie die Absicht haben, die Privatdozenten zur Unterstützung des etatmässigen klinischen Personals heranzuziehen.

— Wie den «Russ. Wedomosti» aus Jalta mitgeteilt wird, hat der Gouverneur von Taurien an den örtlichen Polizeichef (Isprawnik) folgende Vorschrift erlassen: «Ich gestatte bis auf weiteres der Sektion der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit nicht Sitzungen abzuhalten und befehle Ihnen daher, solche unter keiner Bedingung zuzulassen. Unabhängig hiervon sind die Doktoren Rosanow und Alexin zu benachrichtigen, dass ich im Falle von Uebertretung dieser Anordnung sie verantwortlich machen und auf sie persönlich die Bestimmungen des verstärkten Schutzes voll in Anwendung ziehen werde». Dr. Rosanow ist Präses der Sektion für Hygiene, Erziehung und Bildung, und Dr. A. Alexin — Präses der klimatotherapeutischen Sektion der örtlichen Abteilung der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit. (R. Wr.).

— Wie die «Russ» erfährt, soll der Redakteur des «Journals der Pirogow-Gesellschaft» Dr. I. Popow dafür dem Gericht übergeben werden, dass er in dem Märzheft des «Journals», dessen Ausgabe bekanntlich inhibiert wurde, die Resolutionen des Pirogow-Kongresses abgedruckt hat.

Epidemiologisches.

— Die Cerebrospinalmeningitis, welche seit dem Beginn dieses Jahres in Galizien und Oberschlesien epidemisch herrscht und sich immer weiter ausbreitet, zeichnet sich, wie Dr. Radmann in der «Deutsch. med. Wochenschrift» mitteilt, im Vergleich zu den früheren oberschlesischen Epidemien durch grosse Ansteckungsfähigkeit und hohe Sterblichkeit aus. Die oberschlesische Epidemie ist anscheinend eine ausgesprochene Kinderkrankheit, denn von 300 Erkrankten im Kattowitzer Bezirk sind nur 12, also etwa 4 Prozent, über 12 Jahre alt. Eine Abnahme der Epidemie ist leider noch immer nicht zu konstatieren. Nach den amtlichen Mitteilungen sind im schlesischen Regierungsbezirk Oppeln in der letzten Aprilwoche 207 Erkrankungen und 94 Todesfälle vorgekommen und am 30. April 745 Genickstarrekranke in Behandlung verblieben. In ganz Preussen erkrankten resp. starben an Genickstarre vom 1. Januar bis 15. April 1905 1501 resp. 797 Personen. Davon kamen auf die Provinz Brandenburg 16 (7), nämlich auf Berlin 12 (5), auf den Regierungsbezirk Potsdam 1, auf den Regierungsbezirk Frankfurt 3 (2). Von den 1501 Erkrankungen und 797 Todesfällen des Staates kamen allein auf die Provinz Schlesien 1416 (752), auf das übrige Staatsgebiet also nur 85 (45), so dass von einer epidemischen Verbreitung der Seuche im ganzen Staatsgebiet keine Rede sein kann. Ausser diesen Fällen war noch eine ganze Anzahl verdächtiger Fälle gemeldet worden, die sich aber bei genauerer Prüfung als Folgezustände von Lungenentzündung, Influenza oder Tuberkulose herausstellten. 797 Todesfälle auf 1501 Erkrankungen ergeben also eine Sterblichkeit von 54 Prozent.

— Im Russischen Reiche ist die Cerebrospinalmeningitis bereits an zahlreichen Orten aufgetreten. Offiziellen Daten zufolge, sind im europäischen Russland und in Finnland vom Anfang des Jahres 53 Fälle von Erkrankungen an der epidemischen Cerebrospinalmeningitis konstatiert worden, und zwar: im Januar 4, im Februar 7, im März 27 und im April 15 Fälle, darunter in Stawropol 5 Fälle, in Rostow am Don und Ljublin je 4, im Bendinschen Kreise des Gouvernements Petrikau 6, in Jaroslaw 2 und in den Gouvernements Kuopio und Nyland je 16 Fälle. Es werden aber auch aus dem asiatischen Russland solche Erkrankungen gemeldet, so aus Tiflis und Omsk. In Tiflis wurden in den letzten 2 Monaten 60 Fälle registriert.

Digitized by Google

— Die Verwaltung des Obermedizinalinspektors macht bekannt, dass nach Mitteilung des Kaiserlichen Instituts für Experimental-Medizin das besondere Laboratorium zur Anfertigung von Antipest-Präparaten des Instituts auf dem Fort Kaisers Alexanders I. (in Kronstadt) jederzeit bereit ist, jegliche dem gen. Laboratorium von Administrativ-Institutionen, sanitären Exekutiv-Kommissionen und Landschafts- und städtischen Anstalten übersandte cholera- und pestverdächtige Materialien zu untersuchen. — Bei der Entgegennahme und Versendung von cholera- und pestverdächtigen Objekten, die der bakteriologischen Untersuchung unterliegen, sind die besonderen im Zirkular des Ministeriums des Innern vom 28. Dezember 1904 sub Nr. 1066 mitgeteilten Regeln zu beobachten.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 30. April d. J. 9809 (62 mehr als in d. Vorw.), darunter 1089 Typhus — (3 wen.). 817 Syphilis — (70 mehr), 257 Scharlach — (11 mehr), 126 Diphtherie — (30 mehr), 124 Masern — (6 wen.) und 40 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis zum 30. April 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
561	444	1005	182	133	201	27	17	37	92	67	74	66	67	31	10	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 8, Typh. abd. 38, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 65. Scharlach 27, Diphtherie 21, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 1, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 126, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 129, Tuberkulose anderer Organe 33, Alkoholismus und Delirium tremens 13, Lebensschwäche und Atrophia infantum 52. Marasmus senilis 34 Krankheiten des Verdauungskanals 119, Totgeborene 34.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 20. Sept. 1905.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 26. Sept. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Rationelle Heilung durch Phosphor

RHOMNOL (jede Pille enthält 0,05 Gr.).

dessen Hauptbestandtheil reine Nucleinsäure ist, von Dr. Leprince hergestellt.

$C^{40}, H^{54}, Az^{14}, 0^{27}, P^{4}.$

Erprobt: bei Phosphaturie, Neurasthenie, Rachitis, Blutarmut und Alterschwäche.

Gebrauchsanweisung: 4—10 Pillen während der Mahlzeit.

Dr. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.

Erhältlich in allen besseren Apotheken. (33) 12—6.

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Bromipin. *Ausgezeichneter Ersatz für Bromalkalien — besonders wertvoll in der Frauen- und Kinderpraxis. — Bromipin kann unbedenklich in grösseren Dosen gegeben werden.* (12) 13—10.

Dionin. *Ein mildes, relativ ungiftiges, in Wasser leicht lösliches Morphinderivat von hervorragender schmerz- und hustenstillender Wirkung. Ist in allen Fällen als Ersatzmittel für Morphium und Codeïn mit Nutzen zu verwenden.*

Jodipin. *Der beste Ersatz für Jodalkalien. Anerkanntes Mittel bei Lues, Bronchitis, Arteriosklerose, Skrophulose, Tuberkulosis incipiens, sowie in allen anderen Fällen, in denen Jodpräparate indiziert sind.*

Digitized by Google

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

◆ Käuflich in allen Apotheken. ◆ (51) 25—5.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

◆ Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober. ◆

Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

WILDBAD

Schwarzwald. Endstation der Linie Pforzheim-Wildbad. Württemberg.

Hauptsaison: **Mai bis Oktober.**

Warme, seit Jahrhunderten bewährte Heilquellen gegen **chronischen** und **akuten Rheumatismus** und **Gicht, Nerven-** und **Rückenmarksleiden, Neurasthenie, Ischias, Lähmungen aller Art, Folgen von Verletzungen, chronische Leiden der Gelenke** und **Knochen.** Weitere Kurmittel: **Dampf-** und **Heissluftbäder, schwedische Heilgymnastik** (System Dr. Zander), **Elektrotherapie, Massage, Luftkuren** (430 m. ü. d. M.) Berühmte Enzpromenade, herrliche Tannenwälder, Kurorchester, Theater, Fischerei. **Prospekte** etc. durch die **Kgl. Badverwaltung** oder das **Stadtschultheissenamt.**

Wildbad

Königl. Badhôtel mit Villa Wetzel. Ersten Ranges.
Hôtel Bellevue. Ersten Ranges.
Hôtel Concordia. Lift, Pension, gegenüber den Kuranlagen.
Hôtel Klumpp. Ersten Ranges.
Hôtel Post. Lift, Pension von 7—10 M. Prospekt.
Hôtel de Russie. Garten. Pension von 6.50—9.50 M. Prospekt.

NATÜRLICHE MINERALWASSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (63) 18—2.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. Fl. Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.

Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. illustrierte Prospekte.

Friedrichroda i. Thür.

PENSION und BADE-ANSTALT

M. Bergfeldt.

Kurort „Hapsal“ (67) 6—5.

Verschiedene Heilbäder. Herrliche Seebäder. Volle Pension während des ganzen Jahres.

Natürliche Mineral-wässer

KISSINGEN

Rakoczy, Pandur, Bitter-wasser — eisenhaltige Kochsalzquelle, weltbekannt bei Stoffwechselkrankheiten und Cirkul.-Störungen
Maxbrunnen — diätetische Tafelwasser mit diuretischer Wirkung.
Bockleter Stahlbrunnen — phosphorarsenhaltig, unübertroffen bei Anämie
Kissinger Badesalz — zu Kissinger Bäder im Haus

Aerzte erhalten Vorzugsbedingungen sowie Proben kostenfrei. Ueberall erhältlich, sowie durch direkten Bezug

(71) 6—2. **Verwaltung der k. Mineralbäder Kissingen & Bocklet.**

Vom 20. Mai bis Ende August a. c. praktiziere ich in

Kemmern,

Dr. med. Friedr. v. Berg.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Digitized by Google

Thiocol „Roche"

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig. Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Sulfosot-syrup „Roche"

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Sirolin „Roche"

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Thiocol „Roche"

bestes Guajacolderivat der modernen Therapie, dessen antituberkulöse Wirkung experimentell und klinisch festgestellt ist.

Vorteile: Gegenüber allen Kreosot-, bezw. Guajacolpräparaten besitzt Thiocol die Vorteile völliger Löslichkeit in Wasser, absoluter Geruchlosigkeit, gänzlicher Reizlosigkeit für Schleimhäute, und grosser Resorbierbarkeit.

Indikationen: **Lungen- und Kehlkopftuberkulose**, namentlich im Initialstadium, **chronische Bronchitiden, chirurg. Tuberkulose** (der Knochen, Drüsen etc.), **chronische Diarrhöen.**

Verordnung: In Dosen von 2—3 gr. pro die in Pulver à 0,5, oder in wässeriger Lösung mit einem Syrup als Geschmackscorrigens. Besonders geeignete Anwendungsweise sind **Thiocoltabletten à 0,5.** Bei Diarrhöen 3 Mal täglich 0,5, am besten in Tabletten.

(15) 10—7.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Co., Fabrik chem.-pharm. Producte

Basel (Schweiz). *Grenzach* (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Airol „Roche"

bester, geruchloser Jodoform-Ersatz.

Asterol „Roche"

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche"

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyol-Ersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche".

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche"

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate. Eisen- u. Bromprotylin „Roche".

Arsylin „Roche"

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw**, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

SASSNITZ.

Ostseebad auf Rügen.
Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die Bade-Direktion.

MARIENBAD ZANDER-INSTITUT.

Modern eingerichtete Anstalt für schwedische Heilgymnastik, Massage, elektr. Lichtbäder, Trocken-Heissluft-Verfahren; Vorzügliche Unterstützungsmittel der Marienbader-Kuren.

Besitzer und ärztlicher Leiter (75) 6—2.
Dr. Med. EDUARD KRAUS.

Medicinischer Verlag von **Georg Thieme** in Leipzig.

Soeben erschienen:

Lehrbuch der Hautkrankheiten

Dr. Max Joseph.

5. Auflage.

70 Abbildg. u. 5. farbige Tafeln M. 7.—, geb. M. 8.—

Hôtel und Pension Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

EISENACH
KURANSTALT HAINSTEIN
NAHE DER WARTBURG
DAS GANZE JAHR GEÖFFNET
LEITENDER ARZT DR. HESS.

Digitized by Google

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

CHINAPHENIN

Geschmacklose Verbindung von Chinin und Phenetidin, bewährtes Mittel bei **Keuchhusten, Influenza, Malaria** und **Neuralgien.**

ARISTOCHIN

Geschmackloses Antipyreticum, gegen **Influenza, Typhus, Keuchhusten** und **Malaria.**

SALOCHININ

Geschmackloser Chininkörper, heilend und schmerzstillend bei verschiedenen **Neurosen,** tadelloses Antipyreticum, speziell auch beim **Typhus,** da reizlos und milde.

SALOCHININ SALICYLIC

Gegen akuten **Gelenkrheumatismus;** wegen völliger Geschmacklosigkeit und Neutralität für Magen und Herz speziell indiziert bei schwersten Fällen und bei Empfindlichen.

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Duotal

Duotal „Heyden“, ein vollständig geruch- und geschmackloses Guajakol-Präparat, enthält über 90 % gebundenes, im Körper sich abspaltendes, also wirksames Guajakol. Ohne jegliche Gift- und Aetzwirkung; wird selbst von den empfindlichsten Patienten gern genommen und gut vertragen. Vorzügliches Mittel gegen **Lungen-Tuberkulose** und **chronische Katarrhe der Atmungsorgane. Darmantiseptikum** bei **Typhus** und **Enteritis.**

Duotal-Tabletten „Heyden“ zu 0,3 und 0,5 g.

Salocreol

Verbindung der wirksamen Bestandteile des Kreosots mit Salicylsäure. Zur äusserlichen Behandlung von **Muskel- und Gelenk-Rheumatismus, Arthritis deformans, Erysipelas, Lymphadenitiden** und **skrofulösen Drüsenanschwellungen.** Lokale Einreibungen oder Einpinselungen von 3 bis 15 g ein- oder mehrmals täglich, bis zu 30 g pro die.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (22) 10—5.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

MARIENBAD

(42) 3—3.

(Böhmen)

628 Meter, subalpines Klima. Hochwald. Geschützte Lage. — **Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, die stärksten Glaubersalzwässer Europas** (5 gr. im Liter). Indikationen: Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen des Herzens (Fettherz), der Leber, des Darmes, Zirkulationsstörungen etc. — **Rudolfsquelle,** hervorragend grosser Gehalt an kohlensaurem Kalk und Magnesia — Indikationen: Gicht, harnsaure Diathese, chronische Katarrhe des Nierenbeckens, der Blase etc., Nierenstein, chronische Darmkatarrhe etc. — **Ambrosiusbrunn** stärkster reiner Eisensäuerling (mit 0,177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). — Indikationen: Anaemie, Chlorose etc. — **Waldquelle** bei Erkrankungen der Respirations-Organe. — **Natürliche Kohlensäurebäder** in verschiedenen Abstufungen. — **Moorbäder** aus den **eigenen** Moorlagern (75,000 p. a.) — **Kaltwasseranstalt.** — **Dampf- und elektrische Bäder.** — **Balneologisch-hygienisches Institut** — **Zander-Institut. Zentralmolkereien.**

Frequenz 26.500 Kurgäste. 70.000 Touristen.

CURORT HAPSAL.

Am baltischen Strande in Estland.

Saison vom 20. Mai bis zum 1. September.

Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Eisen- und Dampfwannen. Nauheimer kohlensaure Bäder. Die wärmsten Seebäder am baltischen Strande, mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Massage-, Elektricität- und Mineralwasser-Curen. Privatklinik des Dr. von **Krusenstiern** mit gut eingerichteten Honoratioren-Zimmern. Gesundes Klima, reinste, stärkende Seeluft, Tannenwaldungen und ausgedehnte Seepromenaden, deshalb speciell indicirt bei Schwächezuständen des Kindesalters jeglicher Art. Jährlich über 3000 Curgäste, die an den verschiedenen Arten von Rheumatismus, Gicht, chronischen Affectionen der weibl. Sexualorgane, Scrophulose etc. litten. **Musik, Theater, Concerte. Tanzabende** Spielplätze für Lawn-Tennis, Bodjo etc. Geschützte Meeresbucht zu Bootfahrten mit Segel-, Ruder- und Paddelböten. Direkte Eisenbahn- u. Dampfer-Verbindung. Broschüre u. Auskünfte über Wohnung durch die

(36) 5—5. **Bade-Commission.**

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.

Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, medico-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.

Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*

Adressen von Krankenpflegerinnen:

J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Дозв. ценз. Спб., 13 Мая 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY
UNIV. OF MICH.
JUN 30 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. – Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 20 St. Petersburg, den 21. Mai (3. Juni). **1905.**

Inhalt: Dr. A. Lezenius: Zur Aetiologie der Cataracta zonularis. — Dr. Oswald Moritz: Ein Spirochätenbefund bei schwerer Anämie und karzinomatöser Lymphangitis. — Protokolle des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904. — Nachrichten von Kollegen aus dem fernen Osten. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Zur Aetiologie der Cataracta zonularis.

(Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 19. Oktober 1904).

Von
Dr. A. Lezenius.

M. H! Trotzdem im Laufe der letzten Jahren wiederholt mikroskopische Untersuchungen von Schichtstaren angestellt werden konnten, so ist dennoch die Frage nach der Entstehung dieser interessanten Starform noch keineswegs gelöst, indem die bisherigen Befunde weder inbezug auf den mikroskopischen Bau, noch auch in Hinsicht auf die Pathogenese eine einheitliche befriedigende Erklärung ergeben haben. Welcher Art die Ansichten über die Entstehung und die Aetiologie der cataracta zonul. von der Zeit ihrer Entstehung an, bis auf den heutigen Tag sind, will ich versuchen, Ihnen zu skizziren, und das soll der Zweck meines heutigen Vortrages sein. Erlauben Sie mir jedoch, zuvörderst das Bild der cataracta zonul. in's Gedächtnis zurückzurufen und damit einige statistische Bemerkungen zu verbinden. Unter cataracta zonul. versteht man eine graue, scheibenförmige Trübung der Linse, welche zwischen den zentralen und peripheren Partien derselben auftritt. Diese Trübung umgiebt den Kern von allen Seiten, wie eine Fruchtschale; dieser selbst erscheint weniger, oder fast garnicht getrübt. Die peripheren Linsenschichten sind vollständig klar und durchsichtig, weswegen bei der Untersuchung mit dem Augenspiegel die Cataracta als dunkle Scheibe erscheint, ringsum von der durchsichtigen, rotaufleuchtenden Peripherie umgeben. Da, wie gesagt, der Kern weniger, oder fast gar nicht getrübt ist, erscheint die Trübung zum Rande zu dunkler, als zur Mitte, wodurch sich die Cataracta zonul. streng unterscheidet von der cataracta nuclearis. Die Trübung der Linse erscheint nur dem unbewaffneten Auge als gleichmässige, graue Scheibe, bei Anwendung aber einer Lupe, oder noch besser des Hornhautmikroskopes von Zeiss, dessen ich mich bei der Untersuchung aller von mir beobachteten Zonularcataracte bedient habe, sieht man, dass die Trübung keine gleichmässige ist, sondern oft die kompliziertesten Zeichnungen erkennen lässt. Man bemerkt nämlich oft saturierte Punkte, oder es heben sich stärker saturierte Sektoren von der weniger getrübten Nachbarschaft ab; manches Mal ist die ganze getrübte Scheibe regelmässig radiär gestreift, kurz, man kann die kompliziertesten Zeichnungen wahrnehmen. Die Grenze der getrübten Scheibe ist meistenteils scharf gezeichnet, doch findet man oft an dieser scharf gezeichneten Grenze kleine, undurchsichtige Zacken, welche auf dem Rande zu «reiten» scheinen und in die durchsichtige Partie hineinragen. Man nennt diese Zacken «Reiterchen». Sie entstehen dadurch, dass auch in einer zweiten, peripher von der ersten gelegenen Schicht, Trübungen vorhanden sind, und zwar nur an solchen Stellen, welche dem Aequator dieser Schicht entsprechen. Nach den bisherigen anatomischen Untersuchungen erweist es sich, dass zwischen den Lungenfasern in der getrübten Schicht zahlreiche, von Flüssigkeit erfüllte Hohlräume (Vacuolen) vorhanden sind; im Kern selbst sind solche Vacuolen nur vereinzelt zu finden. — Die Cataracta zonul. wird verhältnismässig häufig beobachtet, da sie die häufigste Starform der Kinder ist. Aus dem Krankenmaterial der St. Petersburger Augenheilanstalt von 1889—1897 inkl. habe ich eine Statistik zusammengestellt, die sich auf 174279 Patienten bezieht. Unter diesen fand ich 222 mal Cataracte zonul., d. h. 0,12 pCt. Die Gesamtzahl der Cataracte unter diesen 174279 Patienten betrug 7221, woraus sich ergiebt, dass die Cataracta zonul. in 3,07 pCt. aller Cataracte zu verzeichnen war. Zu ähnlichen Resultaten ist Mooren (1) gelangt, der unter 157000 Patienten 155 Zonular-Cataracte fand, d. h. 0,09 pCt.

Wende ich mich jetzt meinem eigentlichen Thema zu, so muss ich bemerken, dass, obgleich diese Starform schon seit längerer Zeit bekannt war, doch Eduard Jaeger (2) der erste war, der dieser Veränderung der Krystalllinse den Namen «Cataracta zonularis» gegeben und sie beschrieben hat (1854). Zur Kenntnis dieser Starform trug dann A. v. Graefe (3) durch eingehende

Digitized by Google

Untersuchung Bedeutendes bei. In bezug auf die Aetiologie sprach er sich 1855 in einer den Schichtstar betreffenden Notiz (4) dahin aus, dass derselbe in der entschiedenen Mehrzahl der Fälle sich während der ersten Lebensjahre entwickelt. Andererseits nimmt er aber auch an, dass sich die Cataracta zonularis in späterer Zeit und zwar als sekundäres Uebel ausbilden kann. Diese Behauptung sucht er durch das Beispiel einer Catar. zonularis zu erhärten, die nach beiderseitiger Iritis aufgetreten sein soll, welche in beiden Augen zu unvollständigem Pupillenverschluss geführt hatte. In welcher Art er aber den Schichtstar entstanden glaubt, sagt er nicht. Dass der Schichtstar sich erst in den ersten Lebensjahren bildet, also nicht angeboren ist, sagt er in demselben Jahre noch ein Mal. In einer sehr ausführlichen Beschreibung dieser Starform sagt er, er wage nicht, zu entscheiden, ob der Schichtstar jemals angeboren vorkomme. Dass er in späteren Jahren erworben werden kann, geht aus den Beispielen hervor, die A. v. Graefe 1857 anführt (5). Er erzählt nämlich, dass er 3 mal die Bildung einer Cataracta zonularis beobachtet habe, wo die Patienten eine Kontusion des Auges erlitten hatten, infolge welcher traumatische Linsenluxation entstand. In allen 3 Fällen bildete sich früher oder später eine Linsentrübung, die alle Charaktere des Schichtstares hatte.

Hesser (6) spricht sich 1860 dahin aus, dass die Entstehung des Schichtstares im embryonalen Leben, und zwar in einer vorübergehenden Hemmung der Linsenbildung zu suchen sei. Es ging z. B. die Bildung der Linse bis auf einen gewissen Punkt normal vonstatten; da trat die Hemmung ein, und die neugebildete Linsenmasse wurde trüb. Das Hindernis hörte auf, zu wirken, und nun bildete sich abermals normale Linsensubstanz, welche sich fest auf die getrübte ablagerte, diese als eine Schicht von bestimmter Dicke einschloss und ihr so die Möglichkeit des Eliminiertwerdens benahm.

Eberhardt (7) meint 1863, es sei schwer zu entscheiden, ob diese Cataract angeboren ist oder nicht, da man sich auf die Beobachtung der Eltern nicht verlassen kann. Unter seinen 6 Patienten hatten 5 an Rhachitis und Konvulsionen gelitten; nichtsdestoweniger will er weitere Untersuchungen nach dieser Richtung abwarten, ehe er sich für den Zusammenhang dieser Krankheit mit der Cataracta zonul. erklären kann. — Sophus Davidsen (8) zitiert 1865 in seiner Doktordissertation die Horner'sche Theorie der Entstehung der Cataracte. Diese gründet sich auf die Tatsache, dass die Linse zur Zeit der Entstehung des Schichtstars noch im Wachsen begriffen ist; wenn eine, die Cataract hervorrufende Ursache besteht und sie nur kurze Zeit auf die Linse einwirkt, so kann diese Wirkung nur auf die zur Zeit oberflächlichen Schichten der Linse beschränkt bleiben. Hört nun die Cataract erzeugende Ursache auf, so werden im weiteren Wachstum durchsichtige Schichten auf die getrübte Schicht abgelagert, welche auf diese Weise von der Oberfläche abrückt. Als Ursache der beschriebenen Linsentrübung erkannte Horner die Rhachitis, welche auch gleichzeitig eine Missbildung der Zähne oft zur Folge hat.

Sophus Davidsen selbst glaubt, dass die getrübte Schicht nicht erst trüb geworden, sondern von Anfang an trüb gebildet worden ist. — Ebenso ist Wecker (9) 1865 der Meinung, dass die Cataracta zonul. angeboren ist.

Salomon (10) lässt in einem Artikel über angeborene Cataracte 1872 die Frage, ob die Cataracta zonul. angeboren, oder in der ersten Lebensperiode entstanden ist, offen, da nämlich Fälle von Schichtstar nach Trauma beobachtet seien. — In Zehender's Handbuch der gesamten Augenheilkunde, Ausgabe 1874, finden wir die Ansichten über die Entstehung des Schichtstars noch nicht geklärt; namentlich scheint es nicht ausgemacht, ob der Schichtstar nur angeboren vorkommt, oder, ob er erst in etwas späterer, wenn auch immerhin noch sehr früher Lebenszeit entsteht. In der Tat bemerkt man den Schichtstar in der Regel schon in sehr früher Jugend. Höchst wahrscheinlich ist es indessen, dass er gewöhnlich erst nach der Geburt entsteht. Schon Arlt hat darauf hingewiesen, dass Kinder, welche an Schichtstar leiden, nach Aussage ihrer Angehörigen in einer frühen Lebensperiode an Fraisen gelitten haben. Diese Beobachtung wurde von anderen Autoren dahin erweitert, dass namentlich Rhachitis und anderartige Erkrankungen, besonders der Schädelknochen und der Zähne als auffallend häufige Komplikationen des Schichtstars konstatiert werden konnten. Höchst wahrscheinlich findet zwischen der unvollkommenen Ernährung der Linse und den Ernährungsstörungen gewisser knöcherner Organe ein Zusammenhang statt.

Gayet (11) fand 1875 in 3 Augen zweier Patienten Cataracta zonul. und ausserdem unzweifelhafte Anzeichen einer lange überstandenen Iritis. Auf Grund dieser Fakta sucht er die Entstehung der Cataracta zonul. folgendermassen zu erklären. Er sagt: wenn bei einem Erwachsenen sich infolge einer Iritis genügend hintere Synechien (adhérences pupillaires) ausgebildet haben, so entwickelt sich hinter ihnen eine Cataract, deren Dichtigkeit fortwährend zunimmt. Bei einem neugeborenen Kinde kann dasselbe geschehen, und wenn man bedenkt, dass die Iritis recht oft katarrhalische Augenaffektionen begleitet, wird man sich nicht wundern, wenn man diese Entzündung sich in den ersten Monaten des Lebens entwickeln sieht. Diese Iritis kann nun heilen, aber was nachbleibt, sind:

1) Adhaerenzen und 2) nicht zurückgehende Linsentrübungen. Ist diese Iritis nun angeboren, so wird die trübe Partie der Linse bei der weiteren Entwickelung dieser von durchsichtigen Linsenpartien umgeben, und wir haben eine vollständige Cataracta zonul. vor uns.

Bresgen (12) beschreibt 1875 einen Fall von partiellem Schichtstar, der sich nach einer Stichverletzung der Hornhaut, Iris, vorderen Kapsel und der Corticalis gebildet hatte, und zwar einige Monate nach der Stichverletzung. Dieser Fall ist insofern von Interesse, als die Linse nicht luxiert war, wie in dem, im Archiv für Ophtalmol. beschriebenen Fall von Graefe und Hirschmann.

In einer diesbezüglichen Arbeit bestreitet Hutchinson (13) 1875 die rhachitische Natur der catar. zonul. Er fand den Schichtstar fast stets von einem sehr auffallenden Mangel der Emailleentwickelung an den Schneide-, Eck- und den ersten Molarzähnen begleitet. Ganz besonders sind nach ihm die letzteren fast immer affiziert, und ihr rauhes missfarbiges Aussehen kontrastiert lebhaft mit der stets normal weissen Beschaffenheit der benachbarten Buccales. Wie die missgebildeten mittleren Schneidezähne nach Hutchinson für kongenitale Syphilis, so sollen die ersten Mahlzähne in diesem Fall charakteristisch sein. Die Zähne zeigen häufig scharfe Ecken, sind abgebrochen und zuweilen selbst stachelig. Im Anschluss daran, dass die mit Cataracta zonul. Behafteten in früherer Zeit fast stets an Konvulsionen gelitten haben, will Hutchinson das fehlerhafte Aussehen der Zähne aus der längeren Verabreichung von Kalomel erklären. — Auch Weiss (14) beschreibt 1876 einen Fall von doppelseitigem Schichstar zusammen mit mangelhafter Entwickelung der Zähne. Die Schneide- und Eckzähne beider Kiefer sind viel kleiner und stehen darum anscheinend weiter von einander, als normal. Von dem Zahnhalse nach der Kaufläche zu verjüngen sie sich, und zwar stufenweise, als ob Stücke davon abgebröckelt wären. Von einer Kaufläche ist kaum zu reden, da Vorder- und Hinterfläche

Digitized by Google

in einer scharfen Kante zusammenstossen, die mehrfach eingekerbt ist. Die Vorder- und Hinterfläche der Zähne ist rauh, die Farbe eine gelblich-bräunliche, von der weissen Farbe gesunder Zähne sehr abweichend. Leber (15) schliesst sich 1880 der Hornerschen Theorie an, da es ihm gelungen ist, experimentell zu beweisen, dass sich an die Aussenfläche einer bestehenden Cataract durchsichtige Linsenmassen anschliessen, wenn das Experimenttier noch jung und das Wachstum noch sehr rege war. Ist aber einmal die Tätigkeit der Bildungszellen der Linse eingestellt, oder auf ein sehr geringes Mass zurückgegangen, so kann nach Leber's Ansicht von der Bildung eines Schichtstars nicht mehr die Rede sein. — Galézowski (16) spricht sich 1881 dahin aus, dass die Cataracta zonul. angeboren sei und beschreibt einen Fall von angeborener catar. zonul., woselbst die Mutter während oder anfangs der Schwangerschaft eine heftige psychische Erregung durchgemacht hatte. Hieran knüpft Hirschberg eine Notiz, nach welcher eine Frau 6 Entbindungen durchmacht, alternierend 3 mal normal, 3 mal unter Eklampsie; die unter Eklampsie geborenen Kinder haben Schichtstar, die anderen nicht. — Von Arx (17) meint 1883 in seiner Inaugural-Dissertation, dass die Entstehung des Schichtstars in vielen Fällen noch in die letzten Monate des intrauterinen Lebens falle, glaubt jedoch, dass die cataractae zonul. in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in einer späteren Zeit, zusammen mit den übrigen Zeichen der Rhachitis entstehn. Er fand in seiner Statistik, umfassend 189 Cataract. zonul., in 56,6 pCt. Konvulsionen in frühester Jugend, in 66,07 pCt. rhachitische Zähne, in 31,70 pCt. Schädelmissbildungen, in 40 pCt. Rhachitis der Extremitäten. In 80,42 pCt. waren Symptome von Rhachitis zu finden; nur 37 Patienten boten keinerlei Zeichen von Rhachitis. Dass Syphilis Schichtstar hervorzurufen imstande sei, negiert er vollständig und will nicht zugeben, dass Syphilis hereditaria und Rhachitis zu identifizieren seien. Schichtstar ist nur eine Folge von Rhachitis, aber nie von Syphilis. Das Gegenteil davon behauptet Parrot (32), der Syphilis hereditaria und Rhachitis identifiziert und die Rhachitis als «die äusserste Anstrengung» der Syphilis ansieht. Auch nach den Angaben Fournier's (33) beobachtet man, wenn auch «sehr ausnahmsweise», Cataracta zonul. infolge von Syphilis hereditaria. Otto Becker (34) ist 1883 in seiner «Anatomie der gesunden und kranken Linse» der Ansicht, dass der Schichtstar angeboren ist, wogegen auch die mechanische Ursache, durch welche man ihn entstehen zu lassen geneigt ist, nicht spräche. Allenfalls würde eine solche von aussen kommende Veranlassung der Ernährungsstörung uns bewegen können, den Schichtstar den durch Erschütterung (Kontusion) hervorgerufenen Staren beizuzählen. Nach Becker's Dafürhalten ist der Schichtstar zu den konsekutiven konstitutionellen Staren zu rechnen. Wie wir gesehen haben, bestritt Hutchinson 1875 die rhachitische Natur des Schichtstars; 1883 negiert er auch die intrauterine Entstehung desselben und sagt, es sei noch niemals bei der Geburt ein Schichtstar beobachtet, weshalb er ihn aus der Reihe der angeborenen Starformen ausscheidet. Hierdurch tritt er in Widerspruch zu Hirschberg, der 1895 die Ansicht verficht, dass der Schichtstar durch eine vorübergehende Erkrankung der fötalen Linse bedingt, also angeboren sei. Diese Ansicht Hirschberg's findet an einer von Berger (18) 1884 gemachten Beobachtung eine Stütze. Dieser Autor führt nämlich einen Fall von membrana pupillaris perseverans eines Auges und Schichtstar beider Augen an; aus diesem Fall schliesst er, dass das gleichzeitige Bestehen der membrana pupill. persev. und des Schichtstars den Beweis dafür liefert, dass für eine Anzahl von Fällen die Entwickelung des Schichtstars in die letzten Monate des intrauterinen Lebens fällt. Ein Allgemeinleiden und durch Rhachitis bedingte Veränderungen des 63 Jahre alten Patienten konnte nicht nachgewiesen werden. John Story (19) tritt 1886 für die Hornersche Ansicht von der nahen Beziehung zwischen rhachitischen Zähnen und Schichtstar ein; doch ist er der Meinung, dass nicht allein Rhachitis, sondern auch andere Konstitutionsanomalien, die man noch erforschen müsse, die Ursache zu jenen Bildungsstörungen der Zähne sowohl, wie der Linse sein können.

Nach pathol.-anatomischer Beschreibung eines Schichtstars spricht Beselin (20) 1887 die Meinung aus, dass der Bildung des Schichtstars eine chemische Alteration des späteren Linsenkernes zu Grunde liege, verursacht durch rhachitische Ernährungsstörung, welche zu einer Zeit einwirkte, als noch die ganze Linse aus dem späteren Kern bestand. Diese Veränderung hat eine allmählich eintretende Schrumpfung der Substanz zur Folge, welche zu einer Spaltbildung zwischen der früher vorhandenen Linsenmasse und den nicht hinreichend nachgebenden aussen neu aufgelagerten Schichten führte. Aus der hier sich ansammelnden Gewebsflüssigkeit schlagen sich körnige Massen nieder, und auch die angrenzenden Linsenschichten werden zum Teil von molekulärem Zerfall ergriffen.

Nach dieser Theorie betrifft also das schädigende Agens, die Rhachitis, die ganze zur Zeit gebildete Linse, und die trübe Schicht entsteht nicht durch dieses selbe schädigende Agens, sondern erst infolge von Kernschrumpfung in späterer Zeit, was also der Horner'schen und Davidsen'schen Theorie widerspricht.

Im Gegensatz zu obigem schliesst sich 1889 Otto Schirmer (21) der Horner'schen Theorie an und erklärt sich die Entstehung des Schichtstares auf folgende Weise. Irgend eine Schädlichkeit, deren Wesen uns noch unbekannt ist, wahrscheinlich eine Störung in der Ernährung der Linse, ruft sowohl in der zurzeit ihrer Einwirkung schon gebildeten, wie in den während dieser Zeit entstehenden Linsenschichten Veränderungen hervor; sie erzeugt Vacuolen, die vielleicht anfangs in den Fasern liegen, und erst später, wenn die Faser schrumpft, herausgepresst werden, vielleicht aber auch von Anfang an zwischen denselben liegen. Nur die jüngsten Linsenschichten, welche noch nicht zu schrumpfen begonnen hatten, und die erst während der Zeit, wo die schädliche Ursache wirkte, gebildeten, enthalten eine solche Menge Vacuolen, dass sie eine klinisch wahrnehmbare Trübung erzeugen; nur sie bilden die Starschicht. Die Zahl der im Kern vorhandenen Vacuolen ist im allgemeinen zu gering, um eine durch den Star hindurch sichtbare Trübung zu verursachen. Aber, wenn der Kern auch nicht trüb ist, so hat er doch stets eine Alteration seiner physikalischen Eigenschaften erlitten, die sich unter anderem in einer etwas schnelleren Schrumpfung dokumentiert. Die nach jener Schädigung neugebildete und der getrübten Schicht aufgelagerte Corticalis ist nicht imstande, mit gleicher Schnelligkeit sich zusammenzuziehen; es entstehen Spalten in ihr, die klinisch als «Reiterchen» imponieren. Da ferner die Neubildung von Fasern gewiss nicht schneller vor sich geht, als unter normalen Verhältnissen, so bedingt die stärkere Schrumpfung des Kernes ein geringeres Gesamtvolumen der Linse. Diese Theorie stützt sich auf 6 pathologisch-anatomisch untersuchte Schichtstare.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

(Aus dem deutschen Alexander-Hospital.)

Ein Spirochätenbefund bei schwerer Anämie und karzinomatöser Lymphangitis.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Dr. Oswald Moritz.

Die wichtige Entdeckung von Spirochäten bei Syphilis durch Schaudinn und Hoffmann[1]), die jetzt von verschiedenen Seiten bestätigt wird[2]), veranlasst mich zu der kurzen Mitteilung eines Falles, dessen ausführlichere Beschreibung demnächst veröffentlicht werden wird.

Ein 29-jähriger Bierbrauer, angeblich nicht venerisch krank gewesen, erkrankt mit Schmerzen in den Schultern, leichtem Fieber, Leibschmerzen und Durchfällen und geht nach $3^1/_2$ Wochen an einer rätselhaften Infektionskrankheit zugrunde. Die klinische Diagnose lautet auf: Anaemia gravis; Enteritis ulcerosa; Pneumonia lobularis; Pleuritis fibrinosa. Die Sektion ergiebt: Schwere Anämie mit lymphoider Knochenmarksdegeneration; Magen- und Darmgeschwüre; fibrinöse Pleuritis und lobulärpneumonische Herde. Die Lungen sind durchsetzt von grauglasigen miliaren Knötchen, die mikroskopisch aus epitheloiden Zellen mit zentralem Zerfall bestehen und innerhalb der Lymphbahnen gelegen sind. In dem Lebergewebe Degenerationsherde mit Zellenatrophie und eigentümlicher chromatinreicher Kerndegeneration. Viel Pigment in Leber und Milz. Im Knochenmark des Femur eine grosse Anzahl Spirochaeten; dieselben in geringer Menge auch in der Muskularis des Dünndarmes. Die Spirochaeten färben sich nur gut mit Thionin, nicht mit Gentianaviolett, Karbolfuchsin oder Methylenblau. Sie sind 2 bis 6 μ lang und bestehen aus 3 bis 10 Windungen. Sie wachsen nicht in Bouillon oder Agar.

Von den Rekurrenserregern unterscheiden sich diese durch ihren plumperen Bau und die stumpfen Enden, von den bei Lues beobachteten Spirochaeten durch ihre geringere Grösse und gleichfalls die derbere Gestalt. Am meisten Aehnlichkeit haben sie morphologisch mit einer von Mezinescu[3]) und Doerr[4]) je in einem Fall im Eiter gefundenen «Spirille».

Die verschiedenartigen Organveränderungen sind kaum durch eine der bekannten «Infektionskrankheiten» einheitlich zu erklären. Selbst wenn man annimmt, dass ein primäres Karzinom, etwa in der Wand des Magenulcus übersehen ist, welches dann Metastasen im Knochenmark und in den Lymphbahnen der Lungen und Pleuren gesetzt hat, so wäre wohl die schwere Anämie, nicht aber die eigentümliche Leberveränderung erklärt. Möglicherweise haben die verschiedenartigen Krankheitsprozesse eine Beziehung zum Spirochaetenbefunde.

Protokolle des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1333. Sitzung am 20. Dezember 1904.

Peters hält einen Vortrag über Morbus Werlhofii, dem er 6 Fälle seiner Beobachtungen (von denen 4 gestorben und 2 genesen sind) zugrunde legt, und demonstriert die makro- und mikroskopischen Präparate eines an dieser Krankheit gestorbenen Kindes.

Dasselbe, 1 J. alt, hochgradig atrophisch, war in das Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg eingetreten mit einem Blutextravasat auf der rechten Mandel und vielen Purpuraflecken auf dem ganzen Körper von Hirsekorn- bis silb. 5 Kop.-Grösse. Während des 2-wöchentlichen Aufenthaltes im Hospital kamen einige neue Haemorrhagien hinzu, einige alte wurden resorbiert unter Hinterlassung blauer, gelber und grüner Flecken.

2 Tage vor dem Bade versinkt Pat. in einen apathischen Zustand und hörte auf zu saugen. Der Tod trat ganz unerwartet ein.

Die Sektion ergab einen haemorrhagischen Herd von Wallnussgrösse im Hinterhauptlappen, an der Grenze zum Scheitellappen; einige kleine crude Tuberkel auf der Convexität des Gehirns; Miliartuberkel waren nicht vorhanden.

Von seiten der übrigen Organe fanden sich Erscheinungen einer akuten Miliartuberkulose; am geringsten waren dieselben in der Lunge ausgesprochen; hier praevalierten käsige Bronchialdrüsen; um solche Drüsen herum fand sich eine starke Injektion mit stellenweisem Blutaustritt im umgebenden Gewebe, dann kamen Leber und Milz. Am hochgradigsten affiziert war das Bauchfell.

Die Därme waren mit dem Mesenterium und mit der Bauchwand verklebt und alles das mit dicht stehenden, froschlaichähnlichen, grauen Tuberkeln durchsetzt: um jeden Tuberkel herum sah man einen roten Hof — injizierte und rupturierte Blutgefässe. Dazwischen fanden sich im Bauchfell noch grössere Blutaustritte, ähnlich denen in der Haut.

In den Muskeln des Rückens sah man ebenfalls grössere Petechien.

Mikroskopisch untersucht wurde:

1. Ein Stück Gehirn aus der nächsten Umgebung des apoplektischen Herdes. Es ergab sich eine Encephalitis interstitialis mit Blutaustritten aus den Gefässen.

2. Ein Stück mit Tuberkeln durchsetzten Peritoneum's. Es ergab sich zunächst: typische Miliartuberkel mit Riesenzellen, zentraler Verkäsung, Anhäufung von Kernen etc.; ausserdem jedoch noch zwischen den Tuberkeln eine diffuse Infiltration des Bindegewebes mit Rundzellen und Leukocyten neben starker Injektion der Blutgefässe und Blutaustritten aus denselben, also eine akute Peritonitis.

3 Ein Stück Muskel. Es ergab sich eine Myositis interstitialis mit Blutungen um die Gefässe und Rundzellenanhäufung zwischen den Muskelfasern.

In allen diesen Präparaten war die kleinzellige Infiltration am stärksten um die kleinen Blutgefässe und um die Kapillaren herum ausgesprochen, so dass man den Prozess als eine Perivasculitis bezeichnen müsste, die stellenweise sehr frisch war und aus Leukocyten bestand, teils zu einer produktiven Bindegewebsentzündung geführt hatte.

Diese Perivasculitis unterschied sich in nichts von der Perivasculitis, die auch bei verschiedenen infektiösen Prozessen vorkommt. Sie ist nach Verf. das Primäre, wie bei allen solchen toxischen Krankheiten, welche mit Bluterguss einhergehen, wie z. B. die Sepsis u. a.; daran erst schliesst sich die Erkrankung ev. Erweichung der Gefässwand selber, die zu Rupturen und Haemorrhagien führt. Beweis: die Blutungen sind jüngeren Datums wie die Zellproliferationen.

Auch hier war der Gang derselbe, nur dass die Veranlassung zu diesem Morbus Werlhofii nicht in einem Krankheitsgift sui generis lag, wie das manche Autoren annehmen, auch nicht in einer begleitenden Septicaemie oder einer rheumatischen Affektion oder in einer Blutdissolution, sondern in den Tuberkeltoxinen selber, die wohl bei Uebergang des latenten Stadiums der Tuberkulose in die akute Miliartuberkulose in besonders reichlicher Menge gebildet und vom Blut resorbiert werden und danach die Gefässerkrankung hervorrufen.

Den Beweis für diese Auffassung sieht Verf. in seinen früheren Untersuchungen über Tuberkulose des Rückenmarks bei der Meningitis tuberkulosa. Diese haben ihm gezeigt, dass das Tuberkelgift ausser Aussaat von miliaren und submiliaren Tuberkeln noch eine diffuse Rundzelleninfiltration geben kann, u. zwar nicht blos als Leptomeningitis spinalis tuberkulosa in den weichen Rückenmarkshäuten sich gebend, wie sie u. a. Schultze schildert, und die Verf. als fast constanten Befund bei der basilären Meningitis angetroffen hat, sondern auch als Pachymeningitis spinalis externa tuberkulosa, wie sie Verf. im perispinalen Zellgewebe der akut Tuberkulösen konstatiert und im letzten Bande der «Труды Пироговскаго Съѣзда 1904» beschrieben hat.

Wie schon gesagt, können ausser Tuberkeltoxinen auch andere Toxine einen Morb. Werlhofii hervorrufen. So fand Verf. in einem andren, zur Sektion gekommenen, aber mikroskopisch noch nicht untersuchten Fall Blutungen bei einem Individuum, das an Pleuropneumonia fibrinosa et purulenta gestorben war und ausser einigen unbedeutenden käsigen Bronchialdrüsen keinerlei Zeichen einer miliaren Tuberkulose aufwies. Ferner sah er M. Werlh. nach einer Angina eintreten.

Wichtig ist eine Disposition der betreffenden Individuen zu Erkrankungen des Gefässsystems, das Vorhandensein eines locus minoris resistentiae in dem Gefässapparat, der als Familienanlage angeerbt oder als Gefässwandkrankheit vom Vater überkommen sein kann. Für letzteres sprachen 3 Beobachtungen des Verfassers, wo es sich um Kinder syphilitischer Herkunft handelte. Bei zweien von ihnen, die noch dazu Geschwister waren, hatte

[1]) Schaudinn und Hoffmann: Deut. med. Wochenschr. 1905, Nr. 18.

[2]) Buschke und Fischer: Deut. med. Wochenschr. 1905, Nr. 20.

[3]) Mezinescu: Ueber ein Eiterspirillum. Zentralbl. f. Bakter. 1903, Bd 35, S. 201.

[4]) Doerr: Zentralbl. f. Bakteriol. 1905, Bd. 38, S. 15.

Digitized by Google

der Vater an Lues gelitten; bei einem war der Grossvater syphilitisch gewesen.

In Bezug auf Aetiologie kommt Verf. zu etwas abweichenden Resultaten. Gewöhnlich werden nämlich schlechte hygienische Verhältnisse, feuchte Wohnungen ohne Licht und Luft, schlechte Nahrung am Zustandekommen des M. Werlh. beschuldigt. Dieses kann Verf. durchaus nicht bestätigen. Von seinen 6 Fällen waren 2 Söhne eines Adelsmarschalls. 1 ein Fürst. Diese lebten in glänzenden äusseren Verhältnissen. Ebenso war ein Kind aus der Ambulanzpraxis gut situirt und fehlte demselben nichts an Komfort und Nahrung. Der Unterschied zwischen seinen Angaben und denen der übrigen Autoren erklärt sich daraus, dass Verf. das Gros seiner Fälle der Privatpraxis entnommen hat, während die meisten übrigen Spitalsmaterial verarbeitet haben, das natürlich ganz andere Daten über dieselben Fragepunkte giebt.

(Autoreferat.)

Diskussion:

Lunin fragt, ob auch an Gefässen, aus denen es nicht geblutet hatte, Perivaskulitis nachweisbar war?

Peters hat die Gefässe nur in der Nachbarschaft der Hämorrhagien untersucht.

Hoerschelmann bekennt sich zur Peters'schen Anschauung, dass die Purpura eine sekundäre Erscheinung, ein Symptom eines infektiösen Prozesses sei, weil epidemisches Auftreten beobachtet worden ist.

Masing: So gar selten sind bei uns die Fälle von Purpura simplex (nur Hauthämorrhagien) und von Purpura hämorrhagica (auch Höhlenblutungen) nicht. 1886—1887 hat er in der Petersb. med. Wochenschrift 18 Krankengeschichten veröffentlicht, die meisten aus dem Marien-Magdalenenhospital stammend. Von diesen 18 Kranken waren 10 gewiss fieberhaft, vielleicht auch die andern. Sehr viele hatten Durchfälle, Schmerzen in Muskeln und Gelenken auch die grössere Mehrzahl. Die meisten Kranken waren jugendliche, bis 25-jährige Menschen, viel mehr Männer als Frauen. Ein Fall aus M.'s Privatpraxis bot ein eigentümliches Auftreten und Schwinden der Blutergüsse in der Haut: Zuerst waren es Erythemflecke, linsengrosse bis handflächengrosse, als ob ein grosses Senfpflaster da gelegen hätte; unter dem Fingerdrucke schwanden die Flecke. Erst am anderen Tage waren es Hämorrhagien, die sich durch Fingerdruck nicht veränderten, dunkelrot, hart und über die Hautoberfläche prominierend; die über silberrubelgrossen hatten konstant ein schwarzrotes Zentrum, das sich meist mit Brandbläschen bedeckte. Das Verschwinden der Flecke geschah in umgekehrter Reihenfolge — nach einigen Tagen waren es wieder nur Erythemflecke, die dann spurlos schwanden. Die grossen Flecke mit schwarzrotem Zentrum blieben immer dunkel und erhaben, nur dass sie an Umfang immer mehr abnahmen, bis schliesslich ein stecknadelgrosser schwarzer Punkt auch spurlos verschwand. Nirgends wurde etwas von dem Farbenspiel gesehen, wie es bei Kontusions- oder Skorbutblutungen zu sein pflegt. Wagner's Behauptung, dass Erythem (bes. nodosum) und Purpura nahe verwandt sind, findet hier eine Bestätigung.

Peters glaubt ebenfalls, dass verschiedenartige ätiologische Momente bei der Purpura in Betracht kämen. Die Fieberlosigkeit spräche aber nicht mit Sicherheit gegen Infektion.

Kernig hat ebenfalls bei Tuberkulösen morbus maculosus Werlhofii wiederholt beobachtet, doch sind diese Fälle im ganzen nicht sehr häufig. Die Hämophilie, die Peters auch erwähnt habe, möchte Kernig aus der Gruppe der Purpuraerkrankungen ausgeschieden wissen.

Peters betont, dass Purpura auch bei anderen an sich häufigen Infektionskrankheiten, wie Scharlach, Variola etc. eine seltene Komplikation darstelle.

Kernig ist der Ansicht, dass diese bei Infektionskrankheiten auftretenden Blutungen von der Purpuragruppe zu trennen seien. Namentlich bei der Variola gehörten die Blutungen entschieden zum spezifischen Krankheitsprozess der schweren Variola und hätten mit morbus maculosus und der Purpura nichts gemein.

Kroug erinnert daran, dass nach Weyert bei der Tuberkulose die Gefässe stets erkrankten und dass sich die Tuberkulose regionär längs denselben ausbreite. Es müsste also zu der regionär auftretenden Tuberkulose noch ein anderes Agens hinzutreten, um eine solche Allgemeinerkrankung, wie den morbus maculosus, hervorzurufen.

Peters meint, dass dieses Agens eben in der individuellen Disposition, Lues resp. Alkoholismus der Eltern etc. zu suchen sei.

Ucke betont, dass die Toxine der verschiedensten Mikroorganismen für die Blutungen verantwortlich gemacht werden können. Darin liege eine Verwandschaft des morbus maculosus Werlhofii mit anderen schweren Infektionskrankheiten.

Was die Gelatineinjektionen anbetrifft, so ist eine Infektion mit Tetanus sehr wohl möglich, da die Tetanussporen sehr resistent sind und die Gelatine schwer zu sterilisieren ist.

Kernig macht auf eine sehr seltene Form der Purpura aufmerksam, bei der die hämorrhagischen Flecken im späteren Verlaufe nekrotisch werden.

Direktor: Kernig.
Sekretär: Fick.

Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904.

Erste Sitzung.

Am Donnerstag den 17. August von 10—1 Uhr Vormittags.

(Fortsetzung).

2. Prof. Dehio: «Bericht über die Tätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra».

Prof. K. Dehio machte folgende Mitteilungen über die Tätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland für das Jahr 1903.

Im Jahre 1903 betrugen die Einnahmen der Gesellschaft 28494 Rbl. 92 Kop., die Ausgaben 30435 Rbl. 96 Kop., für welche Summe zwischen 184 und 177 Lepröse mit insgesamt 64093 Krankentagen verpflegt worden sind. Somit hat jeder von der Gesellschaft verpflegte Lepröse 41,7 Kopeken täglich oder 152 Rbl. 10 Kop. pro Jahr gekostet.

Da die livländische Landeskasse jährlich 120 Rbl. für jeden von der Gesellschaft verpflegten Leprösen zahlt, so hat die Gesellschaft, wie ersichtlich, 32 Rbl. 10 Kop. für jeden ihrer Pfleglinge aus eignen Mitteln zugezahlt. Diese Mittel sucht die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra durch Mitgliedsbeiträge und zu sammelnde wohltätige Spenden aufzubringen. Es ist nun leider nicht zu leugnen, dass die Ergiebigkeit der Geldsammlungen unserer Gesellschaft in den letzten Jahren viel geringer gewesen ist als früher, und dass die Schwierigkeiten, mit denen der Unterhalt unserer Leprosorien zu kämpfen hat, wachsen. Es kommt also alles darauf an, den Betrieb der Leprosorien billiger zu gestalten und nach allen Richtungen die äusserste Sparsamkeit walten zu lassen.

So hat sich der Verwaltungsrat in erster Linie aus Sparsamkeitsrücksichten dazu entschlossen, vom 1. Januar 1904 ab das Leprosorium Nennal zu schliessen und die daselbst befindlichen Kranken nach Tarwast überzuführen.

Erleichtert wurde uns dieser Entschluss dadurch, dass die Zahl der Aussätzigen, welche in unseren Leprosorien Unterkunft und Pflege suchen, in den letzten Jahren eine absteigende Tendenz gezeigt hat. Zum 1. Januar 1902 hatten wir 196 Lepröse in unserer Obhut (die höchste überhaupt erreichte Zahl), zum 1. Januar 1903 — 184 und zum 1. Januar 1904 — 177 Lepröse. Seither hat sich die Zahl noch weiter vermindert, und wir müssen annehmen, dass sie in der nächsten Zukunft auch nicht zunehmen wird. Denn so lange die ministerielle Einwilligung zur Anstellung eines speziellen Lepraarztes für Livland, um welche unsere Gesellschaft schon im Jahre 1901 nachgesucht hat, noch aussteht, wird es an der systematischen Ueberwachung der Leprösen in Livland fehlen, und die Abfertigung der Aussätzigen in unsere Leprosorien wird nur mangelhaft vor sich gehen.

Aus den speziellen Jahresberichten über unsere Leprosorien, welche von den verwaltenden Aerzten Herren Dr. Koppel für Muhli, Dr. Soonetz für Nennal, Dr. Kiwull für Wenden und Dr. Pallop für Tarwast vorgelegt wurden, ist folgendes zu erwählen:

In Muhli befanden sich zum 1. Januar 1903 17 Kranke. Neu hinzugekommen sind im Laufe des Jahres 3, es traten aus 4, es verblieben somit zum 1. Januar 1904 16 Kranke. Die Naturalverpflegung kostete 15,9 Kop. pro Kopf und Tag.

In Nennal befanden sich zum 1. Januar 1903 — 31 Kranke. Von ihnen schieden aus 7, starben 6 und kamen neu hinzu 4, so dass zum 1. Januar 1904 22 Kranke verblieben. Die Naturalverpflegung kostete 13,3 Kop. pro Krankentag.

In Wenden waren zum 1. Januar 1903 56 Kranke vorhanden; es kamen hinzu im Laufe des Jahres 16, es traten aus 12, es starben 3 und es verblieben also zum 1. Januar 1904 57 Kranke. Die Naturalverpflegung pro Kopf und Tag betrug 14,6 Kop.

In Tarwast befanden sich zum 1. Januar 1903 86 Kranke; im Laufe des Jahres kamen hinzu 13, traten aus 5, starben 12, und es blieben zum 1. Januar 1904 82 Kranke. Die Naturalverpflegung stellte sich auf 13,5 Kop. pro Kopf und Tag.

Es befanden sich also zum 1. Januar 1904 im ganzen 177 Lepröse in der Obhut unserer Gesellschaft, gegen 184 zum 1. Januar 1903.

3. Dr. Keilmann-Riga: «Bericht der, vom 15. Aerztetag gewählten Kommission in Sachen der Aufbesserung der Hebammenverhältnisse.

M. H. Das Endziel aller Bestrebungen im Gebiete des Hebammenwesens muss eine Ordnung der Dinge sein, die in

Digitized by Google

Stadt und Land jeder Frau — auch der Aermsten den Schutz der Wissenschaft für Leben und Gesundheit bei Geburt und Wochenbett garantiert (Brennecke). Dass bei uns zu Lande das vorhandene Hilfspersonal sich solcher Aufgabe noch nicht bewusst und andererseits solche Aufgabe zu erfüllen nicht imstande ist, kann leider nicht in Zweifel gezogen werden.

Die augenblicklich tätigen Hebammen, z. T. ungenügend vorgebildet, sehen ihre Aufgabe in der Durchführung gewisser Hilfeleistungen, die nicht etwa eine wissenschaftliche Basis haben, sondern vielmehr in Aberglauben und Vorurteilen wurzeln, wie sie sich nicht nur in ungebildeten Kreisen der Bevölkerung finden. Aber auch diejenigen, die ausreichend geschult in die Praxis treten, erlahmen im Kampfe gegen die Einsichtslosigkeit des grossen Publikums oder werden im Kampfe besiegt von dem althergebrachten Usus — zum Teil weil sie in ihren Bestrebungen nicht genügend Unterstützung haben, zum Teil weil es ihnen an genügender Kraft ihrer eignen Ueberzeugung fehlt, endlich weil sie ursprünglich nicht die Fähigkeit haben eigene Erfahrung und Beobachtung kritisch zu verwerten.

Während beispielsweise die Erfahrung in der Praxis das Wissen des Arztes mehrt, nähert sich die mit geringer Bildung ausgestattete, geistig nicht geschulte Hebamme mit jedem Jahr ihrer selbstständigen Tätigkeit, die sie ohne Führung und Kontrolle ausübt, mehr und mehr dem Typus des «alten Weibes» und man kann, abgesehn von einigen Ausnahmen, sagen, dass je älter eine Hebamme ist, desto weniger brauchbar wird sie zur erfolgreichen Ausübung ihres Berufes. Auch diejenigen, die Interesse und guten Willen haben, die schulmässige Ausbildung sich zu erhalten und sich darin zu fördern, verfallen schliesslich doch einer regressiven Metamorphose, weil ihnen jede Möglichkeit zur Fortbildung fehlt, ihnen keine Mittel zur Anregung, Auffrischung und Förderung ihrer Kenntnisse zur Verfügung stehn.

Die vom XV. Aerztetage zu Pernau gewählte Kommission zur Ausarbeitung von Vorschlägen hinsichtlich einer Verbesserung der Hebammenverhältnisse hat daher zur Erreichung dieses Zieles zwei Grundforderungen aufstellen zu müssen geglaubt.

1) Höherer allgemeiner Bildungsstand der Hebamme.

2) Ermöglichung der Fortbildung bereits praktizierender Hebammen und Organisation einer dieselben fördernden, ihre Erfahrung sichtenden Kontrolle.

In Bezug auf den ersten Punkt hat die Kommission sich von der Irrealisierbarkeit durchgreifender Reformen überzeugen müssen. Es war der Plan erwogen worden, für gebildeten Ständen angehörende Frauen und Mädchen, die in Krankenpflege und Geburtshilfe geschult, sich auf dem Lande entsprechender Tätigkeit widmen wollen, passende Lebensstellungen zu schaffen. Die Unterbringung in Doktoraten oder Pastoraten war von kompetenten Personen als möglich bezeichnet worden, doch ist von Aerzten und Pastoren gleichzeitig betont worden, dass solche Hebammen zum Teil gar keine Tätigkeit finden, zum Teil bei Ausübung ihres Berufes auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen würden. So muss, obgleich in Alt-Schwaneburg ein derartiger Hebammenposten, aus privater Initiative geschaffen, schon längere Zeit besteht und eigentlich zur Nachahmung anregt, die Kommission doch von bestimmten Vorschlägen nach dieser Richtung absehen.

Es werden demnach bis auf weiteres aus den resp. Gemeinden stammende Frauen für den Hebammenberuf ausgebildet werden müssen, wobei die gesetzliche Forderung guter Elementarbildung allerdings streng eingehalten werden muss.

In Rücksicht auf diese Verhältnisse aber glaubt die Kommission um so mehr Massnahmen befürworten zu müssen, die geeignet sind den praktizierenden Hebammen ihr Pflicht- und Verantwortungsgefühl wach zu erhalten und durch geeignete Kontrolle dieselben in ihrer Erfahrung zu unterstützen und anzuregen, sowie eine Auffrischung und Erweiterung ihrer Kenntnisse zu ermöglichen.

Als Massnahmen nach dieser Richtung wären zu empfehlen:

1) Die Organisation einer regelmässigen Berichterstattung.

2) Die Einrichtung von Repetitionskursen.

3) Die Herausgabe einer monatlich erscheinenden Hebammenzeitung.

Die Einführung der Berichterstattung würde die Hebamme zur Kritik ihrer eignen Erfahrung anregen und zugleich das Bewusstsein der Verantwortlichkeit wach erhalten; zugleich würde sich ein wertvolles Material zur Beurteilung der geburtshilflichen Verhältnisse ergeben. Die Art der Berichterstattung müsste eine bequeme sein; auf vorgedruckten Karten müssen die Notizen zu machen sein und alle Berichte müssten an einer Centralstelle zusammenlaufen. Ob die Berichterstattung allgemein obligatorisch gemacht werden kann, lässt sich vor der Hand nicht beurteilen; den auf Kosten der Ritterschaft geschulten Hebammen liesse sich aber ohne weiteres die Pflicht der Berichterstattung auferlegen und es ergäbe das einen wertvollen Versuch, dessen Ausfall weitere Massnahmen veranlassen könnte.

Der Aerztetag müsste mit diesem Vorschlag an die Ritterschaft herantreten und wenn diese denselben im Prinzip annimmt, so wäre die spezielle Organisation der Berichterstattung auszuarbeiten.

Der Wert von Repetitionskursen kann einer Diskussion nicht weiter unterliegen, hier ist nur die Frage wichtig, wie sich solche durchführen lassen. Zwar ist bei Gründung der Rigaer Hebammenschule darauf Bedacht genommen worden und das Recht Repetitionskurse abzuhalten ist statutenmässig gesichert, doch ist die Schwierigkeit, praktizierende Hebammen zur Teilnahme an denselben zu veranlassen, meist ohne gesetzlichen Zwang nicht zu umgehen; insbesondere auswärtige Hebammen wird man ohne Gewährung besonderer Vorteile, wie Gehaltszulage resp. Geldentschädigungen, kaum zur Teilnahme an Wiederholungskursen bewegen können, da sie im allgemeinen leider das Bedürfnis nach Weiterbildung nicht empfinden. Die Kommission muss auch hier von speziellen Vorschlägen absehen, ehe Arztetag und Ritterschaft die Notwendigkeit der Repetitionskurse im Prinzip anerkannt haben.

Unabhängiger von den Entschliessungen der einzelnen Hebamme wäre die Herausgabe einer Hebammenzeitung. Diese könnte in gewissem Sinne die Repetitionskurse ersetzen, indem sie im Laufe des Jahres Artikelserien bringt, die in geeigneter Weise wichtige, geburtshilflich — praktische Fragen behandeln. Durch die Zeitung könnten weiter Pflicht- und Standesfragen in nutzbringender Weise beleuchtet werden und nicht zuletzt könnte ein Konnex geschaffen werden zwischen Hebammen und Aerzten, die als beständige Lehrer der praktischen Geburtshilfe sich auf die Zeitung stützen könnten in den Anforderungen, die sie an die unter ihrer Aufsicht im einzelnen Falle tätige Hebamme zu stellen haben; dadurch würde eine wirksame Beeinflussung der praktizierenden Hebamme zustande kommen. Endlich könnte manche Hebamme, die Rat und Aufklärung über Vorkommnisse ihrer Praxis braucht, dieselbe von der Schriftleitung der Zeitung erhalten.

Eine solche Zeitung müsste in lettischer, estnischer und deutscher Sprache erscheinen, den Bedürfnissen des Landes entsprechend. Dieser Umstand würde aber die pekuniäre Seite des Unternehmens sehr belasten. Die Zahl der Abonnenten wird, wenn auch Aerzte sich daran beteiligen, in den einzelnen Gruppen voraussichtlich gering sein, der Abonnementspreis muss ein niedriger sein, und viele Exemplare werden bestimmten Personen gratis zuzustellen sein; aus eignen Mitteln wird eine derartige Zeitung sich daher nicht erhalten können. Nach vorläufiger Besprechung mit einem Verleger würde eine Subvention von 900 bis 1000 Rbl. erforderlich sein, um eine livländische Zeitung herauszugeben und ihr eine nutzbringende Existenz zu sichern. Die Kommission zweifelt nicht daran, dass sowohl der Aerztetag, wie auch die Ritterschaft sich geneigt zeigen wird, mitzuhelfen an der Schaffung eines die geburtshilflichen Verhältnisse des Landes wesentlich fördernden Einrichtung, deren Nutzen nicht nur Aerzten und Hebammen, sondern auch weiteren Kreisen zugute kommen muss.

Diskussion:

Dr. Sintenis-Pernau: Als das Wichtigste erscheint, dass eine Aufsicht über die Hebammen durch Meldepflicht etc. möglichst allgemein eingeführt wird, Repetitionskurse allein würden wenig nützen.

Dr. Hörschelmann-Rappin: Die Hebammen aus bäuerlichem Stande, deren Vorbildung nur in Lesen und Schreiben bestand, können wir, wie sie aus der Rigaschen Schule hervorgehen, acceptieren, wenn wir für Fortbildung derselben durch Kontrolle, Repetitionskurse u. s. w. sorgen. Für die Anstellung und Beschaffung derselben erhalten wir und hoffen auch ferner darauf, Mittel von der Ritterschaft. Wir wollen aber dabei nicht stehen bleiben, sondern auch Frauen gebildeterer Stände, wenn auch zunächst nur einer oder zweien in jedem Kreise, die Möglichkeit schaffen, auf dem Lande als Hebammen tätig zu sein. Um auch hierzu die nötigen Mittel zu beschaffen, schlage ich vor, dass der Aerztetag die Initiative zur Gründung eines «Frauenvereins» ergreift.

Dr. Keilmann: Die Ritterschaft liess sich angelegen sein, auch für den estnischen Teil Hebammen zu beschaffen, zunächst müssen die Schülerinnen für Nordlivland aber, um in Riga ausgebildet zu werden, ausser der estnischen auch eine andere Sprache kennen. Die demonstrierten Kontrollkarten beziehen sich auf die rigaschen städtischen Armenhebammen.

Dr. Harmsen-Blieden, fragt an, ob die Kommission es nicht für zweckmässig hält, neben den vorgeschlagenen Mitteln zur Weiterbildung der Hebammen einen Hebammen-Kalender herauszugeben und zwar in deutscher, lettischer und estnischer Sprache. Ein solcher Kalender müsste neben kurzer Repetition früherer Instruktionen und Angabe weiterer Fortschritte des Hebammenwesens auch noch offene Blätter enthalten, die der Hebamme zu vorläufigen Notizen für die spätere Berichterstattung dienen könnten.

Dr. Truhart-Jurjew (Dorpat): Vor 11 Jahren wurde auf dem Aerztetage an diesem Orte der Beschluss gefasst, be-

Digitized by Google

hufs Förderung und Belebung des Hebammenstandes, die Mittel zur Herausgabe eines Hebammenkalenders in den Landessprachen aus der Kasse unserer Aerztegesellschaft auszuwerfen. Ein solcher Hebammen-Kalender hat vielleicht einen wesentlichen Vorzug vor temporären Zeitschriften. Ich erlaube mir daher die Anfrage, wie es mit der Herausgabe dieses Kalenders, der meines Wissens mehrere Jahre tatsächlich erschienen ist, gegenwärtig steht?

Dr. J. Meyer-Jurjew (Dorpat): Der Hebammen-Kalender ist nur in 2 Jahrgängen erschienen, die zweite Edition wurde mit grosser Schwierigkeit vertrieben, weil die Hebammen wohl meinten, sich mit dem Inhalte des ersten Jahrganges begnügen zu dürfen. Um den Kalender jeder Hebamme bequem zugänglich zu machen, hätte derselbe überdies eigentlich in drei oder vier Sprachen erscheinen müssen. In Erwägung dieser Schwierigkeiten wurde von weiteren Jahrgängen abgesehen.

Dr. Schneider-Trikaten: Ich möchte mich gegen die Proposition des Kollegen Hörschelmann, der Aerztetag solle zwecks Gewinnung gebildeter Hebammen auf dem Lande, die Gründung eines Frauenvereins inaugurieren — aussprechen: erstens, weil ich der Ansicht bin, dass ein solcher Verein kaum in der Lage sein dürfte die Gewähr für die Beschaffung der grossen zu diesem Zwecke erforderlichen Mittel auf die Dauer zu bieten und zweitens, weil ich auch den Zweck, die Kreierung solcher gebildeter Hebammen auf dem Lande, zur Zeit für ungeeignet halte. Zu Hebammen für das Landvolk eignen sich, meiner Meinung nach, in erster Reihe Personen aus dem Landvolk. Diese für ihren Beruf möglichst weit heran — und später fortzubilden, sie den Aerzten möglichst zu attachieren und ihrer Kontrolle zu unterstellen, soll unsere Aufgabe sein. Die Schaffung einer zweiten Instanz aber in dem Verkehr zwischen Arzt und dieser Hebamme in Form von gebildeten Hebammen, denen, nach Ansicht des Vorredners, die ungebildeten unterstellt wären, halte ich für ungeeignet. Ich möchte daher vorschlagen, dass der Aerztetag die Vorschläge der Kommission, betreffend Begründung einer Hebammenzeitung, Berichterstattung, Repetitionskurse, annimmt, die Gründung eines Vereins und Schaffung von Hebammen für das Land aus den sogenannten besseren Ständen aber ablehnt.

Dr. Koppel-Jurjew (Dorpat) hält im Gegensatz zu Dr. Schneider die Proposition Dr. Hörschelmanns für berechtigt und wichtig. Es erhalten jetzt aus den verschiedenen Bevölkerungsschichten so viele junge Mädchen eine höhere Bildung, dass wohl eine hinreichende Anzahl von Teilnehmerinnen für solche Hebammenkurse sich finden würden, die auch nachher bereit wären, die Beschwerden ihrer Berufstätigkeit auf dem Lande auf sich zu nehmen. Sie müssten nur über die Notwendigkeit und die Möglichkeit einer solchen Ausbildung zu obigem Beruf aufgeklärt werden.

Dr. J. Meyer-Jurjew (Dorpat): Seit dem Bestehen der Mellinschen Anstalt haben schon mehrere der gebildeten Gesellschaftsklassen angehörige Absolventinnen dieser Anstalt sich hernach einer Ausbildung in Hebammen-Instituten unterworfen. Es steht zu erwarten, dass diese Fälle sich mehren werden, je mehr die Vorurteile auch der gebildeten Gesellschaft gegen diese Berufswahl schwinden. Doch ist kaum zu erwarten, dass gerade diese Kräfte auf dem flachen Lande tätig sein werden.

Dr. Knorre-Riga rät in erster Linie Landbewohnerinnen zu Hebammen für das Land auszubilden und den Schwerpunkt auf die Repetitionskurse zu legen, die mit eiserner Strenge eingehalten werden müssen. Alle Versuche, die gebildeten Klassen zum Hebammenberuf heranzuziehen, sind in Deutschland zur Zeit als misslungen zu bezeichnen und dürften hier zu Lande, wo dieser Beruf noch weniger Achtung und Verständniss geniesst, sich die gleichen Erfahrungen manifestieren. Den Hebammen bäuerlichen Standes könnte der Besuch der Repititionskurse dadurch genehmer gemacht werden, dass sie für diese Zeit der Abwesenheit vom Felde ihrer Tätigkeit, seitens lokaler Vereine gebildeter Frauen materiell sicher gestellt werden.

Dr. Keilmann stellt fest, dass die Zahl der Hebammenschülerinnen aus gebildeten Kreisen in Riga sich mehrt.

Dr. Keilmann schlägt vor, der Aerztetag möge mit dem Antrage an die Livländische Ritterschaft gehen, Massnahmen entsprechend den Propositionen der Kommission, zur Fortbildung der Hebammen auf dem Lande zu treffen. Als einzelne Punkte seien zu betonen: 1) Herausgabe eines Lehrbuches, 2) Gründung einer Zeitung, 3) Obligatorische Berichterstattung, 4) Einrichtung von Repetitionskursen.

Die Versammlung beschliesst darauf, die Proposition Dr. Keilmanns anzunehmen und die Kommission zu beauftragen, die Formulierung des Antrages vorzunehmen.

An Stelle des auf den Kriegsschauplatz abgegangenen Kommissionsgliedes DDr. Katterfeld-Waldheim, wird Dr. Ruth-Riga gewählt.

4. Dr. W. v. Holst-Reval: Neue psychiatrische Erfahrungen. (Ist in dieser Zeitschrift 1904, Nr. 46 erschienen).

5. Prof. L. Kessler-Jurjew (Dorpat): Einfluss der Operationsdauer auf den postoperativen Verlauf. (Wird in dieser Zeitschrift erscheinen.)

Diskussion:

Dr. Knorre-Riga: Schliesst sich den Ausführungen des Vortragenden an. Die Beckenhochlagerung ist zu empfehlen, sie giebt die Möglichkeit, die Eingeweide wenig zu dislozieren. Wichtig sei der Schutz der Eingeweide vor Abkühlung.

Dr. v. Engelhardt-Riga: Ein wesentliches Moment, das noch nicht erwähnt worden ist und das vielleicht eine ebenso wesentliche Bedeutung für die Prognose der Operation hat, scheint mir die physiologisch normale Lage der Patienten während der Operation. Wenn ältere Patienten, die bereits bei dem geringsten Bücken Schwindelempfindungen haben, mit stark erhöhtem Kreuz stundenlang in Chloroformnarkose liegen müssen, in einer Lage, bei der die Druckverhältnisse im Abdomen total veränderte werden, so muss dieser Umstand für den Operierten von Bedeutung werden.

Prof. Kessler schliesst sich Knorre an in Bezug auf die Empfehlung der Beckenhochlagerung. Die grosse Zahl der in dieser doch hochgradig unnatürlichen Lage ausgeführten Operationen, die ohne irgend welche schädliche Folgen für die Operierten verlaufen, beweist, dass diese Lage doch wohl keine besonderen Gefahren in sich schliesst.

Schluss der I. Sitzung.

Sekretär: G. Engelmann.

Nachrichten von Kollegen aus dem fernen Osten.

Wir erhielten folgende Zuschrift:

An die Redaktion der St. Petersburger medizinischen Wochenschrift.

In Nr. 7 dieses Jahrganges der Wochenschrift (S. 63—64) hat Professor Zoege von Manteuffel 2 Zuschriften veröffentlicht, die auf einige von mir im Oktober 1904 geschriebene und in dieser Wochenschrift abgedrukte Privatbriefe Bezug nehmen. Prof. Zoege wirft mir vor, dass die von mir gemachten Angaben über einige Punkte des Sanitätswesens der russischen Armee willkürlich und falsch seien und dass ich die Tätigkeit des Roten Kreuzes nicht objektiv beurteile und herabsetze.

Hierzu will ich in aller Kürze folgendes bemerken:

1) Ein Privatbrief, der nicht von vornherein zur Veröffentlichung bestimmt ist, ist keine Zeitungskorrespondenz, von der man authentische Daten verlangen kann. Meine Angaben stammen aus Gesprächen, die ich mit Vertretern verschiedener Institutionen, unter anderen auch des Roten Kreuzes, über das Thema Sanitätswesen gehabt habe. — Sie erheben daher gar keine Ansprüche auf absolute Richtigkeit: ich will auch gern die Möglichkeit zugeben, dass sie den Tatsachen nicht entsprechen. Obgleich mir aber das offizielle Material nicht zur Verfügung steht, scheint es mir doch fraglich, ob ich mich so weit versehen habe, wie Prof. Zoege meint.

Prof. Zoege stützt sich in seiner Erwiderung — wie es den Eindruck macht — auf offizielle Daten. Woher diese Daten stammen, weiss ich nicht; für die Charbin'schen Militärhospitäler sind sie jedenfalls nicht ganz richtig. Prof. Zoege rechnet in Charbin 15 Hospitäler = 6300 Betten, also jedes Hospital zu 420 Betten. Im August 1904 wurde die Bettenzahl der hiesigen Militärhospitäler von 420 auf 620 erweitert, das ergiebt also 9300 Betten, wozu die auch von Prof. Zoege erwähnten 2 Reservehospitäler kommen. Ausserdem existierten im Oktober in den sogenannten Rekonvalescentenkommandos 4—5000 (jetzt 10.000) Plätze für Leichtverwundete und Rekonvalescenten. Im ganzen konnte also das Militärressort Mitte Oktober nicht 6720, wie Prof. Zoege meint, sondern ca. 14.000 Kranke und Verwundete in Charbin unterbringen. — Nicht berücksichtigt hat Prof. Zoege in seiner Rechnung ferner alle an der östlichen und westlichen Bahnlinie befindlichen Militärhospitäler, kurz, die ganze Rechnung entwirft ein falsches Bild. — Die Richtigkeit der übrigen Daten kann ich nicht beurteilen und hebe das Angeführte nur hervor, um zu zeigen, wie leicht man sich auch an der Hand von offiziellen Zahlen versehen kann; um so mehr sind Fehler in einem Privatbrief zu entschuldigen.

2) Prof. Zoege wirft mir mangelnde Objectivität bei der Beurteilung der Tätigkeit des Roten Kreuzes vor,

In dem Oktoberbrief habe ich auch gar keine allseitige Beurteilung des Roten Kreuzes geben wollen, sondern nur einige negative Seiten — wie z. B. hohe Verpflegungskosten angeführt. Die positiven Verdienste der privaten Hilfeleistung auf dem Kriegsschauplatze wurden besonders im Januar 1904 so oft in der Tagespresse hervorgehoben, dass es überflüssig erscheinen durfte, sie noch einmal zu wiederholen; es liegt mir auch fern, sie schmälern zu wollen. Ist aber das Rote Kreuz eine Institution, die öffentlich Rechenschaft abzulegen hat und öffentlich gelobt wird, dann ist es doch nicht ungerecht, wenn einmal auf die fraglos vorhandenen Schattenseiten hingewiesen wird.

Digitized by Google

Dieses im Allgemeinen. —

Im Speziellen noch folgendes: Mir soll nach Prof. Zoeges Ausdruck ein Urteil über die Ausgaben einer fremden Anstalt nicht zustehen. Ich glaube, dass es mir kein vorurteilsfreier Mensch verargen kann, wenn ich die Verpflegungskosten eines Hospitals annähernd abschätze, auch wenn sie mir nicht vom Oberarzte offiziell mitgeteilt worden sind. Der Passus: «die gewiss nicht unter 3 Rbl. betragen», ist doch nichts mehr als eine approximative Schätzung.

Prof. Zoege schiebt mir ferner die Ansicht unter, dass das Rote Kreuz eine Institution sei, «deren Tätigkeit so minderwertig ist, dass sie kaum in Betracht kommt». Eine derartige Ansicht habe ich, so weit mir erinnerlich ist, nie vertreten, sondern nur geäussert, dass die Hospitäler südlich von Charbin wenig in Betracht kommen.

Der Satz: «Quoad Reinlichkeit sind wir ihnen über» — bezog sich nur auf das 1. Militärhospital und 2. benachbarte Lazarette des Roten Kreuzes.

Ernst Masing jun.

Charbin, den 4. April 1905.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Dr. Alfred Högerstädt, Ordinator des hiesigen Peter-Paulhospitals, ist zum Oberarzt des Hospitals der vereinigten Naphthaindustriellen in Baku gewählt worden und hat die Wahl angenommen.

— Dem Direktor des pharmazeutisch-chemischen Instituts an der Universität Marburg, Prof. Dr. E. Schmidt, ist die zur Erinnerung an den Pharmakognosten Hanburg gestiftete Medaille verliehen worden, welche alle zwei Jahre für hervorragende Verdienste um die Förderung der Chemie und Pharmakognosie vergeben wird. Die Verleihung liegt in den Händen des Ausschusses, dem die Präsidenten der Britischen pharmazeutischen Gesellschaft, der Londoner chemischen Gesellschaft und der Linné-Gesellschaft angehören.

— Dr. Alexander Redlich hat sich als Privatdozent für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten an der militär-medizinischen Akademie habilitiert.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimirorden IV. Klasse — den ausseretatmässigen Aerzten der Dreifaltigkeits-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, Dr. Heinrich Arronet und Dr. Alfred v. Schwanebach; den Konsultanten des Hospitals der St. Eugenie-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, Dr. Hermann Zeidler, dem Spezialarzt der Alexander-Gemeinschaft b. Schw. Dr. Al. Ebermann und dem Konsultanten der Maximilianheilanstalt, Dr. Wold. Thiele. Der St. Annenorden II. Klasse — dem Oberarzt des Hospitals der Eugenie-Gemeinschaft b. Schw., Dr. Karl Walther.

— Befördert: Zum wirklichen Staatsrat — der ausseretatmässige Arzt der heil. Dreifaltigkeit-Gemeinschaft barmh. Schwestern, Dr. Wilh. Beckmann.

— Verstorben: 1) In St. Petersburg der freipraktizierende Arzt Sachar Nummermann im eben vollendeten 54. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Wolhynien und hat kurze Zeit in Dorpat studiert, den Arztgrad aber erst i. J. 1889, wenn wir uns nicht irren, an der militär-medizinischen Akademie erlangt, worauf er sich als praktischer Arzt hierselbst niederliess. 2) Am 11. Mai in St. Petersburg der Landschaftsarzt aus Beshezk (Gouv. Twer) Arsseni Kornilow im Alter von 48 Jahren an einem Herzleiden. Die ärztliche Tätigkeit hat er seit 1882 ausgeübt. 3) Im Kirchdorf Stezkowka im Gouv. Charkow der dortige Arzt Nikolai Mediokrizki im 27. Lebensjahre am Flecktyphus. Als Arzt fungierte er erst seit dem vorigen Jahre. 4) In München der Professor der Pharmazie und angewandten Chemie an der dortigen Universität, Obermedizinalrat Dr. Albert Hilger, an den Folgen von Gehirnapoplexie im Alter von 66 Jahren. Der Verstorbene, eine hervorragende Autorität auf seinem Gebiete, hatte in Würzburg studiert und sich darauf an der dortigen Universität als Dozent habilitiert. 1874 folgte er einem Ruf als ausserordentlicher Professor nach Erlangen, von wo er 1890 als Ordinarius an die Münchener Hochschule berufen wurde. 5) Am 6./19. Mai in Bendorf a. Rhein an den Folgen eines Schlaganfalles Sanitätsrat Dr. Herm. Halbey, dirigierender Arzt der bekannten Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüts- und Nervenkranke, im Alter von 58 Jahren.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Von Prof. Dr. W. Zoege v. Manteuffel ist, wie die «Nordl. Ztg.» hört, dieser Tage die Nachricht eingetroffen, dass er sich in gutem Wohlsein befindet. Wenn es nach seinen Wünschen ginge, würde er im Juli-Monat zurückzukehren versuchen.

Auch von Dr. Rothberg, dem Chefarzt des Holländischen Feldlazaretts, ist am 17. Mai eine vom 22. April datierte Postkarte eingegangen, welche meldet, dass alle Glieder des Lazaretts wohlauf sind.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner ist dem Professor ord. der Chirurgie an der Kiewer Universität, Dr. Alexander Pawlowski, der St. Wladimirorden IV. Klasse mit Schwertern verliehen worden.

— Das Weiterbestehen des Livländischen Lazaretts auf dem Kriegsschauplatz ist in Frage gestellt, da die Livländische örtliche Verwaltung des «Roten Kreuzes» infolge von Mangel an Mitteln sich in der Lage sieht, dieses Lazarett nur bis zum 1. Juni d. J. unterstützen zu können, wovon sie der Hauptverwaltung auch schon Mitteilung gemacht hat.

— Seitens des Ministeriums der Wegekommunikation ist angeordnet worden, dass das übermüdete medizinische Personal (Aerzte, barmherzige Schwestern und Sanitäre) der von den Eisenbahnverwaltungen zu Beginn des Krieges in den Fernen Osten entsandten Sanitätskolonnen durch frische Kräfte ersetzt werde. Ein grosser Teil dieses Ersatzpersonals ist bereits auf den Kriegsschauplatz abgefertigt worden.

— Der ausserordentlich grosse Rückstrom von geisteskranken Untermilitärs vom Kriegsschauplatz und der Mangel an Platz für sie an den Militärhospitälern hat, der «Now. Wr.» zufolge, einen Kreis von Aerzten veranlasst, die Idee zur Errichtung einer privaten Anstalt für geisteskranke Krieger ins Auge zu fassen.

Standesangelegenheiten.

— Die Posten von Schulärzten in den weiblichen Lehranstalten sollen, einer neuen Verordnung des Ministers der Volksaufklärung zufolge, hinfort nur mit Aerztinnen, soweit solche zur Verfügung stehen, besetzt werden.

— Oberhausen dürfte wohl die erste Stadt sein, in welcher die Sonntagsruhe auch für die Aerzte eingeführt worden ist. Sämtliche 14 in diesem Ort praktizierende Aerzte haben nämlich erklärt, dass sie an Sonntagen und den gesetzlichen Feiertagen keine Kranke empfangen werden. Zur Hülfeleistung in besonders dringenden Fällen wird an diesen Tagen in jedem der beiden Stadtbezirke ein dejourierender Arzt bereit sein.

— Eine wichtige Entscheidung hat das deutsche Reichsgericht gefällt. Vom Landgericht I in Berlin war am 8. Februar der Arzt Dr. L. wegen unbefugter Offenbarung von Privatgeheimnissen und Beleidigung zu einer Geldstrafe von 20 Mark verurteilt worden. Er hatte einer Person in der Absicht, sie zu warnen und vor Schaden zu bewahren, mitgeteilt, dass eine ihr verwandte Person an einer ansteckenden Krankheit leide. Das Reichsgericht hat nun auf die Revision des Angeklagten das Urteil aufgehoben und die Sache an das Landgericht II in Berlin verwiesen. In der Begründung wird ausgeführt, die Schweigepflicht des Strafgesetzbuches sei nicht, wie die Vorinstanz meine, unbedingt. Das Gesetz sehe, da es nur eine unbefugte Offenbarung mit Strafe bedrohe, eine befugte Offenbarung vor, ohne die Befugnis nach irgend einer Richtung einzuschränken. Diese könne mithin durch eine andere Berufspflicht gegeben sein. Es sei zu erwägen, ob es nicht zur gewissenhaften Ausübung der Berufspflicht des Angeklagten gehörte, seine Patienten, denen eine Gefahr der Ansteckung drohte, zu warnen. Wenn der Arzt die erforderliche Warnung nur unter Verletzung der einem anderen Patienten gegenüber gebotenen Schweigepflicht ausführen könne, so könne er in Ausübung einer Befugnis gehandelt haben, indem er seiner Warnungspflicht nachkam. Auch die Verurteilung wegen Beleidigung sei nicht aufrechtzuerhalten. Die Vorinstanz habe nicht berücksichtigt, dass, wenn der Angeklagte sich für verpflichtet hielt, die andere Person zu warnen, er deren Interessen wahrnahm. Diese konnten nicht dadurch unberechtigt werden, dass sie anderen berechtigten Interessen widerstritten.

Von Universitäten und Vereinen.

— Der neue ärztliche Verein zur Errichtung von Sanatorien für Aerzte in der Krim, dessen Eröffnung in Jalta wir bereits meldeten, zählt, wie der Präsident desselben im «R. Wratsch» mitteilt, z. Z. gegen 200 Mitglieder, von denen bereits 150 ihren Mitgliedsbeitrag (10 Rbl. jährlich oder 100 Rbl. einmalig) eingezahlt haben. Am Tage der Eröffnung verfügte der Verein bereits über ein Baarvermögen im Betrage von 15,000 Rbl., das sich aus den Mitgliedsbeiträgen und freiwilligen Spenden gebildet

Digitized by Google

hat. Mitglieder des Vereins können auch Nichtärzte und öffentliche Institutionen werden. Für die Stiftung eines Bettes (auf den Namen des Spenders) ist eine einmalige Zahlung von 8000 Rbl. oder eine jährliche von 600 Rbl. zu leisten, für die Stiftung eines Hauses — 15000 Rbl. Die am 23. April in der ersten Generalversammlung gewählte Verwaltung des Vereins besteht aus dem Präsidenten Dr. P. Schirjajew (aus Moskau) sowie den Mitgliedern der Verwaltung Prof. Ssirotinin (St. Petersburg), Prof. Hirschmann (Charkow), den Jaltaer Aerzten A. Alexin, J. Altschuler, S. Jelpatjewski, S. Wassiljew und der Aerztin W. Kossowitsch.

— Der diesjährige internationale Tuberkulosekongress wird unter dem Patronat des Präsidenten Loubet und dem Ehrenpräsidium von Casimir Périer und Léon Bourgeois in der ersten Oktoberwoche (2.—7. Okt.) in Paris stattfinden. Zu Vorsitzenden sind die Proff. Hérard, Chanveau und Brouardel gewählt worden. Mit dem Kongress wird zugleich eine Tuberkulose-Ausstellung veranstaltet werden, in welcher die Bakteriologie, die pathol. Anatomie, die Statistik der Tuberkulose und die verschiedenen Kampfmittel gegen die Tuberkulose veranschaulicht sein werden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. Mai d. J. 9647 (162 wen. als in d. Vorw.), darunter 968 Typhus — (121 wen.). 869 Syphilis — (52 mehr), 259 Scharlach — (2 mehr), 118 Diphtherie — (8 wen.), 131 Masern — (7 mehr) und 42 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. bis zum 7. Mai 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
517	389	906	180	116	185	12	14	30	83	64	55	60	51	34	13	9

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 5, Typh. abd. 41, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 46, Scharlach 18, Diphtherie 10, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 3, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 120, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 110, Tuberkulose anderer Organe 32, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 63, Marasmus senilis 31, Krankheiten des Verdauungskanals 94, Totgeborene 45.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von K. L. RICKER in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Kgl. BAD KISSINGEN. (48) 10—5.

Bäder vom 15. April bis 1. November.

Weltberühmte eisenhaltige Kochsalzquellen (Rakoczy, Pandur, Maxbrunnen, Bockleter, Stahlwasser (phosphorarsenhaltig), Sole mit reichstem Kohlensäuregehalt für Trink- und Badekuren. Hervorragende Heilerfolge bei Magen-Darmerkrankungen; Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane (Asthma, Emphysem), Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit, Bleisucht, Frauenkrankheiten.

Versand sämtlicher Mineralwässer durch die Verwaltung der Königl. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet. Aufschlüsse über alle Anfragen unentgeltlich vom Kurverein Bad Kissingen.

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria mit ihren Folgezuständen, Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—6.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

Dr. Schuster,

praktischer Arzt und Inhaber eines Kurhauses (Indiv. kurgem. Diät.)

BAD NAUHEIM.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien die erste Abteilung

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medizin.

(Fortsetzung von Virchow's Jahresber.).

Unter Mitwirkung zahlreicher Gelehrten. Herausgegeben von W. Waldeyer und C. Posner.

39. Jahrgang. Bericht für das Jahr 1904. 2 Bände (6 Abteilungen). Preis des Jahrganges 46 M.

BAD HALL (Oberösterreich).

Jodbrombad I. Ranges.

Aelteste und heilkräftigste Jodquelle in Europa.

Gegen Frauenkrankheiten, Exsudate, chronische Entzündungen, Scrophulose, Syphilis erworbener oder ererbter Natur und deren Folgekrankheiten, Gicht, Rheumatismus etc. etc.

Modernste Kurbehelfe. Auskünfte erteilt

(39) 6—5. die Badeverwaltung.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин., 68, кв. 96.

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.

Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.

Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.

Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.

Creosotal u. Duotal „Heyden“

sind anerkannt zuverlässige Medikamente gegen Lungen-**Tuberkulose, Pneumonie, Bronchitis** und **Skrofulose**. Frei von den zerrüttenden Nebenwirkungen, der Giftigkeit, dem üblen Geruch und Geschmack des Kreosots und Guajakols. Niemals Reizung des Magens oder Darmes. Kein Durchfall, kein Uebelsein, kein Erbrechen. Selbst in grossen Dosen äusserst zuträglich. In hohem Grade appetitanregend. Schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, Hebung des Ernährungs- und Kräftezustands, Verminderung von Husten und Auswurf. Phthisis ersten Stadiums schon in einigen Monaten heilbar.

Calodal. Leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur **subkutanen**, ganz besonders auch zur **rektalen Ernährung** und zur Darreichung **per os** als Kraftnährmittel. **Calodal-Nährklysmen** sind billig, leicht zuzubereiten, gut resorbierbar und setzen der Fäulnis im Darm einen grösseren Widerstand entgegen als andere Nährklysmen.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (23) 10–5.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.

Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. Illustrierte Prospekte.

Friedrichroda i. Thür.

PENSION und BADE-ANSTALT

M. Bergfeldt.

Kurort „Hapsal“ (67) 6–6.

Verschiedene Heilbäder. Herrliche Seebäder. Volle Pension während des ganzen Jahres.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

SASSNITZ.

Ostseebad auf Rügen. Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die Bade-Direktion.

MARIENBAD ZANDER-INSTITUT.

Modern eingerichtete Anstalt für **schwedische Heilgymnastik, Massage, elektr. Lichtbäder, Trocken-Heissluft-Verfahren; Vorzügliche Unterstützungsmittel** der Marienbader-Kuren.

Besitzer und ärztlicher Leiter (75) 6–3.

Dr. Med. EDUARD KRAUS.

KÖNIGLICHES BAD OEYNHAUSEN

Sommer- und Winterkurort.

Station der Linien Berlin-Köln und Löhne-Hildesheim. Naturwarme, kohlensaure Thermalbäder, Solbäder, **Sol-Inhalatorium, Medico-mechanisches Zander-Institut, Röntgenkammer, Molken- und Milchkuranstalt.** Prospekte und Beschreibung übersendet frei die

(79) 6–1. Königliche Badeverwaltung.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(61) 17–3.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

Natürliche Mineral-wässer

KISSINGEN

Rakoczy, Pandur, Bitter-wasser — eisenhaltige Kochsalzquelle, weltbekannt bei Stoffwechselkrankheiten und Cirkul.-Störungen.

Maxbrunnen — diätetische Tafelwasser mit diuretischer Wirkung.

Bockleter Stahlbrunnen — phosphorarsenhaltig, unübertroffen bei Anämie.

Kissinger Badesalz — zu Kissinger Bädern im Haus.

Aerzte erhalten Vorzugsbedingungen sowie Proben kostenfrei. Ueberall erhältlich, sowie durch direkten Bezug

(71) 6–3. Verwaltung der k. Mineralbäder Kissingen & Bocklet.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Digitized by Google

Thiocol „Roche"

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche"

à 0,5 gr bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche"

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Airol „Roche"

das beste, pulverförmige Antisepticum. Als Ersatz des Jodoforms in den meisten Kliniken im Gebrauch.

Vorteile: Absolute Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit und Reizlosigkeit.

Indikationen: **Wundbehandlung, Verbrennungen, Unterschenkelgeschwüre, Hornhautgeschwüre** und **Abscesse, Hypopyonkeratitis, Gonorrhoe, Metritis** etc.

Verordnung: Als Streupulver, Gaze, 10% Collodium, Bruns'sche Airolpaste, Glycerin-Emulsion und Salbe.

Allgemeine Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Co. Fabrik chem.-pharm. Produkte

Basel (Schweiz) ✱ ***Grenzach*** (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Digalen (Digitox. solub. Cloetta)

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche"

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate. Eisen- u. Bromprotylin „Roche".

Arsylin „Roche"

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Sulfosotsyrup „Roche"

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Asterol „Roche"

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche"

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche".

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства. ✱✱

Совершенно не раздражаетъ. ✱ **Охотно принимается.** ✱ **Хорошо усваивается.** ✱ **Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. Н. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.**

Покорнѣйше просимъ прописывать **САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ** во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

Kissingen Dr. C. Dapper's ✱ Sanatorium ✱

„Neues Kurhaus" für **Magen-** und **Darmkrankheiten, Fettsucht** (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle). **Diabetes, Gicht, Herz-** und **Nierenkrankheiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro-** und **Hydrotherapie** in allen Formen. **April — Dezember.** Prospekte.

Aerzte: **Dr. C. Dapper (Besitzer). — Dr. F. Dengler.** (60) 14—4.

Digitized by Google

Pankreon D. R. P. 128419.

Gegen die Magenverdauung widerstandsfähiges Pankreatin.

Natürliches Digestivum. und Stomachicum, ohne schädliche Nebenwirkung auch bei dauerndem Gebrauch.

Rp. Pankreon in tabul. 0.25 (Originalpackung Rhenania) dent. tal. dos. 25. 50. 100. 200.

S. Täglich 4—12 Tabletten während des Essens zu nehmen. Für Kinder die Hälfte.

Indikation: Alle dyspept. Erkrankungen. Spezificum bei Steatorrhoe, chron. und nervöser Diarrhoe, Hyperemesis, Appetitlosigkeit, Druckbeschwerden.
Für Säuglinge: Rp. Pankreon. saccharat. in tabul. 0.25 (Pankreonzucker Rhenania) dent. tal dos. 100. — S. 2—8 Tabletten zu jeder Trinkportion.
Indikation: Ernährungsstörungen jeglicher Art, speziell Durchfall, sowie zur Kräftigung und Hebung des Körpergewichts.

(34) 7—4. **Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.**

Durch die Apotheken zu beziehen. Ausführliche Literatur auf Wunsch zur Verfügung.

Tannalbin (Knoll)

Erprobtes Antidiarrhoicum,
geschmacklos, stört Appetit und Verdauung in keiner Weise; erhältlich in Pulver und Tabletten.

Triferrin (Knoll)

p-Nucleins. Eisen.
Enthält organ. Phosphor, steigert den Haemoglobingehalt d. Blutes u. wird vom schwächsten Magen vertragen.

Literatur und Proben kostenlos!
KNOLL & C° • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depots:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.
Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner,** Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (64) 10—3.

Wasserheilanstalt in Reichenau (Niederösterreich).

RUDOLFSBAD

an der Südbahnstation Payerbach. 2 Stunden per Südbahn von Wien entfernt. Herrliche, von allen Seiten geschützte Lage in einem der schönsten Alpentäler Niederösterreichs (476 Meter über dem Meere). Ausgezeichnete Verpflegung und sehr komfortable Unterkunft bilden die anerkannten Vorzüge der seit über 30 Jahren bestehenden Anstalt, in welcher auch Kranke, die nur einer klimatischen Kur bedürfen, Aufnahme finden.

Beginn der Saison am 15. Mai.

(bis halben Juni und im September bedeutende Ermässigung für Kost und Logis) **Wasser- und elektrische Kuren, Massage, Oertel'sche Kur. Eröffnung der Trinkhalle für Molke, Milch und alle Sorten frischgefüllter Mineralwässer am 15. Mai und des Voll- und Schwimmbades** (16—18° R und 730 mm. Spiegelfläche) **am 1. Juni täglich Promenaden-Konzert, direkte Telephonverbindung mit Wien.** Prospekte werden durch die **Kur-Inspektion** auf Verlangen gratis zugesandt. Nähere Auskünfte erteilen: **Dr. M. Bittner, Kurarzt, J. M. Waisnix Erben, Eigenthümer.**

Kurort Teplitz-Schönau

in Böhmen,

in reizender Lage, inmitten des Erz- und Mittelgebirges, seit Jahrhunderten bekannte und berühmte heisse, alkalisch-salinische Thermen (28°—46° C.) Kurgebrauch ununterbrochen während des ganzen Jahres. **Auch Wintercuren.** Hervorragend durch seine unübertroffenen Erfolge bei **Gicht, Rheumatismus, Lähmungen, Neuralgien, Neurasthenie, Blasen- und Nierenerkrankungen;** von ausgezeichneter resorbirender Wirkung bei chronischen Exsudaten aller Art; von glänzendem Erfolge bei Nachkrankheiten aus Schuss- und Hiebwunden, nach **Knochenbrüchen,** bei Gelenksteifigkeiten und Verkrümmungen. 11 Badeanstalten mit 165 Badelogen. Thermal-, Douche-, Moorbäder, elektrische Licht-, Zwei- und Vierzellen-Bäder, Kohlensäurebäder, Massage, Elektricität, Mechanotherapeutisches Institut. «Fango di Monfolcone».
Alle Auskünfte ertheilt das Bürgermeisteramt von Teplitz-Schönau, sowie das städtische Bäderinspectorat und die Fürst Clary'sche Güterinspection.
Prospecte gratis durch: Bitowtt & Co. (49) 4—3.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Дозв. ценз. Спб., 21 Мая 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY, UNIV. OF MICH. JUL 6

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 21 St. Petersburg, den 28. Mai (10. Juni). **1905.**

Inhalt: Dr. W. Tomaschewsky: Zur Frage der Orchidopexie. — Dr. A. Lezenius: Zur Aetiologie der Cataracta zonularis. — Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904. — Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau. — Zuschrift an die Redaktion. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

(Aus der chirurgischen Klinik von Prof. Weljaminow an der milit.-med. Akademie in St. Petersburg.)

Zur Frage der Orchidopexie.

Von
Dr. W. Tomaschewsky,
Assistent der Klinik.

Im Jahre 1903 beschrieb Lohnhard seine Methode der Orchidopexie, welche, die Grundprinzipien und Vorteile der Idee von Cheyne[1]), Tuffier[2]), Bidwell[3]), Hahn[4]) und Katzenstein[5]) beibehaltend, dabei einfach auszuführen ist und augenscheinlich gute Resultate aufweist. Nachdem ich die Lohnhard'sche Methode praktisch geprüft, kam ich zur Ueberzeugung, dass sie im wesentlichen völlig zweckgemäss ist; dabei sah ich mich aber genötigt, einiges in der Technik der Operation wie in der Nachkur zu verändern. Eine kurze Beschreibung der Methode, nach der ich sechsmal erfolgreich operiert habe, führe ich an. Hautschnitt wie üblich, Schnitt durch die vordere Wand des Leistenkanals. Isolierung des funiculus spermaticus. Spaltung seiner Membranen nach Schüller. Unterbinden und Abschneiden oder Verschiebung nach Kocher des isolierten proc. vaginalis peritonei.

Vollständige Isolierung und Entfernung der unteren Tasche des process. vaginalis peritonei. Schnitt durch den Fundus scroti nach Hahn. Einstülpung des Testikels in den Scrotalschnitt und Fixation nach Lohnhard. Darauf Toilette und Vernähung der oberen Wunde. Die vordere Wand des Inguinalkanals wird durch eine Reihe versenkter Knopfnähte geschlossen, wobei ich gewöhnlich die Schnittränder der Aponeurose dachscherbenartig übereinander lege und mich bemühe, den Faden nach Durchnähung des äusseren Schnittrandes durch das ligamentum Poupartii, und nach Durchnähung des inneren durch die ganze Dicke der Bauchmuskulatur zu führen. Verschluss des Aussenschnitts; Verband, der in Bezug auf die untere Wunde auch einer besonderen Beschreibung bedarf. Lohnhard rät, wie bekannt, die Enden der Fäden mittelst Heftpflasters an die innere Fläche des Oberschenkels zu befestigen. Dem Rate des Autors folgend, überzeugte ich mich davon, dass diese Art von Fixation ihrem Zweck durchaus nicht entspricht, da die Haut der inneren Fläche des Oberschenkels vermöge ihrer Elastizität sich mit dem Pflaster zusammen leicht nach oben verschiebt, wobei die Fäden dem unvermeidlich während der ersten Tage bestehenden Zuge des Testikels wie des Funiculus spermaticus nach oben nachgeben. In Anbetracht dessen wurde ich der Lohnhard'schen Fixationsmethode untreu und verfahre, wie folgt. Die Enden der Fäden werden zusammengebunden und an einen langen Steigbügel aus weicher Marly befestigt, der um die entsprechende Sohle gelegt wird. Der Knoten des Steigbügels befindet sich nah der Sohle, damit man ihn jederzeit fester oder schlaffer machen kann, ohne den Verband, respektive die Wunde zu berühren. In Fällen von doppelseitigem Kryptorchismus kommen beide Büschel Fäden auf eine Seite zu liegen, wobei natürlich die Spannung der Fäden genau reguliert wird, so dass sich die Testikel unter gleichem Zug befinden und das Scrotum eine symmetrische Lage beibehält. Darauf kommt ein fester Verband ums Becken und das entsprechende Bein gelegt, welches in etwas abduzierter Lage zwischen Sandsäcke kommt, wie das z. B. bei Brüchen am Unterschenkel geschieht. Die Patienten, auch die nervösen, wie es die Kryptorchisten oft sind, vertragen den oben beschriebenen Verband sehr gut; dabei muss man immer den Kranken darauf aufmerksam machen, die Abduktion des Beines allmählig selbst

[1]) Cheyne, W. Uttson: The treatment of incompletely descendet testicle. Brit. Journ. 1890.
[2]) Joly-Senoville: Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire, ses résultats et ses perfectionnements. Thèse de Paris. 1891.
[3]) Bidwell, Lonard A.: A modified operation for the relief of undescended testis. Lancet. 1893.
[4]) Hahn, E. Eine Methode der Orchidopexie. Zentralbl. für Chirurgie. 1902.
[5]) Katzenstein, M. Eine neue Operation zur Heilung der Ectopia testis congenita. Deutsche Mediz. Wochenschr. 1902.

Digitized by Google

zu regulieren, da davon selbstverständlich in hohem Masse die Spannung des Steigbügels und der Zug der Testikel nach abwärts abhängt. Die Spannung muss so stark sein, dass Patient sie empfindet, ohne jedoch Schmerzen zu haben. Der Grad der Spannung wird täglich kontrolliert, der Verband je nach Bedarf gewechselt. Die oberen Nähte werden gewöhnlich am 7., 8. Tage entfernt; was die unteren Nähte betrifft, so entferne ich sie garnicht, sondern lass sie, um ihre gute Wirkung voll auszunutzen, von selbst durchschneiden, was gewöhnlich nach drei Wochen eintrifft. Erst nach Ablauf dieser Periode erlaube ich den Patienten aufzustehen. Alle von mir operierten Kranken habe ich 2—8 Monate nach der Operation untersucht; ihr Zustand war vortrefflich, sowohl was das Allgemeinbefinden betraf, als auch vom Standpunkt der durchaus erfolgreichen Operation. Die operierten Testikeln liegen auf dem Boden des Scrotums, die Narben sind nicht eingezogen und kaum bemerkbar. In den Fällen, wo der Samenstrang besonders kurz ist, verdient folgendes kürzlich vorgeschlagenes Verfahren (von Professor Bewan [6]) Berücksichtigung: auf Grund teils eigener, teils Griffith'scher Beobachtungen rät er alle Gefässe des Samenstranges zu durchschneiden, da die letzteren am meisten die Ausdehnung des Testikels hindern. Inwiefern die Methode Bewan's anwendbar ist, wird die Zukunft lehren, es ist jedoch durchaus ratsam, seinen Vorschlag im Auge zu behalten, wenigstens in allen Fällen, wo infolge mangelhafter Entwickelung des funiculus spermaticus jedenfalls noch jetzt die Frage der Kastration in Frage kommt. Bei Anwendung der Bewan'schen Methode riskiert Patient im schlimmsten Falle garnichts; bei günstigem Verlaufe bleibt ihm die Funktion des Testikels völlig erhalten. Ich denke, dass in manchen Fällen eine Kombination der Bewan'schen Methode mit der Lohnhard'schen nebst Anwendung meines Verbandes und meiner Nachkur, sich als nützlich erweisen könnte.

Zur Aetiologie der Cataracta zonularis.

(Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 19. Oktober 1904).

Von

Dr. A. Lezenius.

(Schluss).

Kunn (22) ist 1889 der Ansicht, dass Cataracta zonul. sowohl angeboren, wie im späteren Leben erworben und auch erblich sein kann. Er hält es für wohl sehr wahrscheinlich, dass die Rhachitis als Ursache zur Starbildung anzusehen ist, und die Analogie des schubweisen Auftretens der Rhachitis drängt uns die Möglichkeit des Zusammenhanges dieses mit der schichtweisen Erkrankung der Linse auf. Ebenso wie die Rhachitis sich im fötalen Leben und extrauterin entwickeln kann, kann ihr Produkt sich einmal in utero, und ein anderes Mal erst später manifestieren. — Sehr interessant sind die von B. Dub (23) 1892 angestellten Untersuchungen. Er hat die Linsen von Kindern im ersten Lebensjahre und den Aequatorialdurchmesser von Zonular-Cataracten gemessen, und kommt auf Grund dieser Messungen zu folgenden Schlüssen. Wenn viele Autoren der Ansicht sind, dass die Cataracta zonul. post partum, und zwar im ersten bis zweiten Lebensjahre entsteht, und zugleich darin einig sind, dass die Cataracta zonul. die peripherstem Schichten betrifft, so ist nach seinen Messungen entweder das eine, oder das andere falsch. Im ersten bis zweiten Lebensjahr beträgt nämlich der Aequatorialdurchmesser minimum 6,8 mm., folglich müsste die Trübung, wenn sie die periphersten Schichten betrifft, diesen Durchmesser haben, während die grösste von ihm gemessene Cataracta zonul. einen Durchmesser von 5,6 mm. besass. Betrifft die Cataracta nämlich die periphersten Schichten, so ist es nach den Messungen nicht möglich, dass die Cataracta im ersten und zweiten Lebensjahre entsteht, da die grösste Cataracta einen Durchmesser von 5,6 mm. hatte, während der kleinste Linsendurchmesser 6,8 mm. betrug. Daraus folgt, dass die Cataracta viel früher, vielleicht im fötalen Leben entstanden ist. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die älteren centralen Teile der Linse bei ihrem Wachstum eine Verdichtung, also eine Volumenabnahme erfahren. Leider sind wir aber bis jetzt noch nicht imstande, diese Verdichtung und Volumenabnahme auch nur annähernd zu schätzen. Die andere Möglichkeit aber, dass es sich nämlich nicht um die periphersten Schichten handelt, die von der Ernährungsstörung getroffen werden, ist wohl nach Ansicht aller Autoren zurückzuweisen, und andererseits geht es aus den Schirmer'schen Versuchen hervor, dass es eben grade vorzugsweise die peripheren Schichten sind, die von der Ernährungsstörung betroffen werden, wobei aber auch die inneren nicht unbeeinflusst bleiben, jedoch in viel geringerem Grade alteriert werden. Aus diesem Grunde ist es wohl sehr wahrscheinlich, dass die Cataracta zonul. intrauterin entsteht, was ja auch mit Kassowitz' Ansicht übereinstimmt, dass die Rhachitis ungemein häufig in den letzten Monaten des fötalen Lebens entsteht. Dieser Ansicht von der intrauterinen Entstehung des Schichtstars, wenigstens in den meisten Fällen, neigt auch Purtscher (24) 1894 zu. Auch er giebt die Wirkung eines chemischen Agens zu, das für die Veränderung in der Linse verantwortlich zu machen sei. Zugleich sagt er aber, dass er, was die erst extrauterin zur Entwickelung kommenden Schichtstare anlangt, nicht wage, die Wichtigkeit chemischer Einflüsse, die sicher mitunter von cardinaler Bedeutung sein können, für gewisse Fälle anzutasten. Er glaubt aber, dass es ausserdem entweder noch des Hinzutretens eines rein ocularen Momentes zur allgemeinen Dyskrasie bedürfe, um Schichtstar zu erzeugen, oder aber es müsste in Anbetracht der beobachteten rein einseitigen Zonular-Cataracte rein lokale Momente geben, die die Bildung des Schichtstars verhindern können. Weiter nimmt er an, dass vielleicht für gewisse extrauterin entstandene Fälle von Zonular-Cataracte mechanische Grundursachen anzunehmen seien und stützt sich hierbei auf Schoens Behauptung, dass die Cataracta senil. durch Ueberanstrengung der Accomodation enstehen könne; vielleicht kann auch für andere Starformen der Einfluss forcierter Accomodation von Einfluss sein. Purtscher schliesst mit der Behauptung, dass wir jedenfalls berechtigt sind, auch mechanischen Einflüssen eine Rolle bei der Schichtstarbildung zuzuerkennen. Ganz direct in diesem Sinne spricht sich Knies in seinem Buche über die Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers und seiner Organe 1893 aus. Er sagt: Ursache ist nicht die Rhachitis als solche, sondern es sind die bei der Schädelrhachitis so häufigen, heftigen und andauernden Konvulsionen (Gichter, Fraisen). Auch ist die Ursache nicht in den allgemeinen Krämpfen und in der dadurch bedingten Erschütterung des Körpers zu suchen, sondern in der Ernährungsstörung der Linse durch heftige Ciliarmuskelkrämpfe (wahrscheinlich zusammen mit Gefässmuskelkrämpfen). Diese Krämpfe müssen aber noch in einer Zeit stattfinden, in welcher der Wachstumsvorgang in der Linse noch ein sehr leb-

---

[6]) Bewan, A.: Ein weiterer Beitrag zur chirurgischen Behandlung des nicht herabgestiegenen Hodens. Arch. f. klin. Chir. B. 72. 1904.

Digitized by Google

hafter ist, also in den frühesten Lebensjahren, selten nach dem 6. Jahre. Die Trübung tritt nicht unmittelbar nach den Krämpfen auf, sondern meist einige, bis 14 Tage später; in seltenen Fällen kann sie sich spontan wieder aufhellen. Er leugnet somit das Angeborensein der Cataracta zonul. ebenso sehr, wie die Entstehung derselben durch chemische Einflüsse. Auch Peters (25) giebt 1894 zu, dass die Rhachitis als schwere Ernährungsstörung in vielen Fällen von Schicht- oder Totalstar zu Grunde liegt, glaubt jedoch, dass die bei Rhachitis so oft vorkommenden Krämpfe bei Entstehung des Schichtstars eine grössere Rolle spielen, als die Krankheit selbst. Er stützt sich dabei auf die Analogie des sog. weichen Kernstares bei den Frauen im mittleren Lebensalter, bei dem Krämpfe nach seiner Erfahrung eine fast nie fehlende Begleiterscheinung sein sollen. Auch er ist, wie Knies, der Ansicht, dass durch die dauernde Kontraktion des Ciliarmuskels die Ernährung der Linse beeinflusst wird, so dass nicht vermehrte Zufuhr pathologischen Materials, sondern verminderte Zufuhr normaler Ernährungsstoffe stattfindet — Eine weitere Stütze für seine Theorie der mechanischen Entstehung des Schichtstares fand Peters (26) 1898 in zwei Fällen von unzweifelhaftem Tetaniestar. Der eine Fall bot klinisch das Bild eines mit corticaler Cataract komplizierten Kernstars, der andere das eines gewöhnlichen Totalstars; anatomisch aber zeigten sie die Merkmale des Schichtstars mit Zeichen von Kernschrumpfung. Seine Ansicht von der Entstehung des Schichtstars durch die dauernde Kontraktion des Ciliarmuskels hat Peters später fallen lassen (35) und die Behauptung aufgestellt, dass die nächste Ursache des Schichtstars in Veränderung des Ciliarkörperepithels zu suchen sei, durch welche die Ernährungsflüssigkeit der Linse derart geändert werde, dass es zur Trübung der letzteren komme, so dass es sich also um einen Intoxikationsvorgang handelt (36). Auch Wettendorffer (27) führt 1899 zwei Fälle von juvenilem Totalstar, entstanden in Folge von Tetanie, an, konnte sie jedoch nicht mit Sicherheit als «für Schichtstar charakteristisch» bezeichnen. Ebenso teilt G. Feodorow (28) 1900 im Вѣстн. офталмолог. einen Fall von beiderseitiger Tetaniecataract mit, entstanden bei einer 35 Jahre alten Person infolge von tetanischen Krämpfen, die sich jahrelang wiederholten. In der Rhachitis als solcher dagegen sieht Bähr (29) 1900 die Entstehungsursache der Cataracta zonul. und nimmt an, dass bei Abwesenheit anderer Symptome von Rhachitis, die Cataracta zonul. zuweilen die einzige Aeusserung desselben ist. Erst in zweiter Linie nimmt er als Ursache Krämpfe an, und zwar teils als Teilerscheinung der Rhachitis, teils als alleinige Aeusserung dieser Krankheit.

Wie schon erwähnt, ist W. Schön der Ansicht, dass Krämpfe des Ciliarmuskels die Ursache des Schichtstars sind, was er 1900 im «Centralblatt für Augenheilkunde» in einer Abhandlung über die durch Krämpfe bewirkten Veränderungen im Kinderauge noch einmal hervorhebt (30). Anatomisch ergiebt sich die Bildung von Hohlräumen in den Krystallfaserzellen. Merz-Weigandt (31) beschreibt im «Zentralblatt für Augenheilkunde» 1900 einen Fall von unzweifelhafter Cataracta zonul. nach Trauma (Peitschenhieb) und ist der Ansicht, dass für den vorliegenden Fall die alte Arlt'sche Theorie, nach welcher heftige Konvulsionen eine Lockerung zwischen Kern und Cortikalis herbeiführen, wonach sich dann die betreffende Schicht sekundär trübt, nicht ohne weiteres zu verwerfen sei.

Das, meine Herren, sind die Ansichten der Autoren, wie ich sie in der mir hier in St. Petersburg zugänglichen Literatur aufgezeichnet gefunden habe. Erlauben sie mir nun noch einige Worte über meine eigenen Erfahrungen und Beobachtungen in der uns interessierenden Frage. Ich habe, um der Frage über die Aetiologie der Cataracta zonul. näherzutreten, 51 Patienten mit dieser Starform untersucht. Unter diesen 51 Patienten habe ich mit Sicherheit in 42 Fällen, d. h. in 82,3 pCt. Rhachitis konstatieren können. Nach Angaben der Eltern haben von den 51 Patienten — 3 von Geburt an schlecht gesehen; bei 4 soll das Sehvermögen nach einem Fall auf den Kopf schlecht geworden sein. Ueber die 2 letzten Patienten waren keine anamnestischen Angaben zu erhalten. Unter den 42 mit Rhachitis behafteten Patienten haben, nach Angaben der Eltern oder Angehörigen, 32 in den ersten Lebensjahren an mehr oder weniger starken Krämpfen gelitten. Wenn nun auch meine Beobachtungziffer eine verhältnissmässig kleine ist, so lassen sich dennoch aus ihr wichtige Schlüsse ziehen. Wir erfahren aus ihr, dass in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle Rhachitis vorhanden war und werden also wohl nicht umhin können, der Rhachitis bei der Entstehung der Cataracta zonul. eine unleugbare Rolle zuzugestehen. Es fragt sich nur, ob die Rhachitis als solche, oder die durch sie veranlassten Krämpfe, die ja, wie wir gesehen haben, fast immer vorhanden sind, anzuschuldigen sind, mit anderen Worten, ob ein gewisses chemisches, uns noch unbekanntes, oder ein mechanisches Agens die Cataracta zonul. hervorruft.

Ich muss bei dieser Gelegenheit einer im Jahre 1902 von Escher erschienenen Arbeit: «zur Frage der angeborenen Rhachitis», Erwähnung thun.

Escher untersuchte zur Klärung der Frage, ob es eine intrauterin erworbene, bei der Geburt noch floride Rhachitis giebt, im Jenner'schen Kinderhospital in Bern 105 Neugeborene und secierte zu eben dem Zweck 25 Leichen von Kindern aus den letzten Schwangerschaftsmonaten, Neugeborenen und Kindern bis zum Alter von 4 Monaten. Die mikroskopische Untersuchung der Rippen, wie auch der Schädelknochen ergab in keinem einzigen Fall Veränderungen, die man als rhachitische hätte deuten können: es fehlte jede krankhafte Vergrösserung der sog. Proliferationsschicht, jegliche Veränderung der Knorpelzellen, der Kalkablagerung an den Rippen und jeglicher Knochenschwund oder Auflagerung von Osteoid an den Stirn- und Scheitelbeinhöckern. Infolge dessen leugnet Escher die Existenz intrauterin erworbener Rhachitis.

Wenn es nun auch voreilig erschiene, auf Grund dieser Arbeit die uns interessierende Frage schon endgiltig zu entscheiden, so sind wir dennoch zu begründeten Zweifeln an der Existenz einer intrauterinen Rhachitis wenigstens berechtigt. Nun erinnern Sie sich aber, dass durch Hirschberg 3 Fälle konstatiert sind, in denen die Kinder mit Schichtstar zur Welt kamen und dabei unter Eklampsie der Mutter geboren wurden, während die 3 anderen Kinder derselben Mutter, die unter normalen Verhältnissen geboren wurden, keinen Schichtstar hatten. Hieraus folgt zuerst, dass der Schichtstar wohl angeboren vorkommen kann, und zweitens, dass trotz der Abwesenheit von Rhachitis, dennoch Schichtstar konstatiert wurde. Bei 4 meiner Patienten liegen die Angaben vor, dass das Sehvermögen nach einem Fall auf den Kopf in der Kindheit schlecht geworden sei. Also sowol in den Hirschberg'schen 3 Fällen von congenitalem, als auch in meinen 4 Fällen von nicht congenitalem Schichtstar liegt ein mechanischer Insult, nämlich eine starke Erschütterung vor. Ebenso verhält sich die Sache in dem oben beschriebenen Falle von Merz-Weigandt. Dass durch Erschütterung Cataract hervorgerufen werden kann, ist ausserdem von Dr. v. Stein in Moskau experimentell bewiesen worden: er setzte nämlich junge Kaninchen in einen allseitig geschlossenen Kasten, auf dem eine elektrische Stimmgabel befestigt wurde. Nachdem die Stimmgabel

Digitized by Google

circa 12 Stunden in Schwingungen erhalten worden war, bemerkte Stein an der hinteren Linsenfläche eine Corticalcataract mit allgemeiner leichter Trübung der Linse.

Wenn nun die Cataracta zonul. so häufig mit Rhachitis kompliziert ist, letztere aber aller Wahrscheinlichkeit nach nicht intrauterin vorkommt, während Cataracta zonul. angeboren sein kann, wobei mechanische Insulte nachgewiesen sind, so muss man auf Grund dieser Erwägungen nicht die Rhachitis als solche, sondern die bei dieser Krankheit so häufig vorkommenden Krämpfe als die Ursache der Cataractbildung ansehen, wenigstens so lange, bis erwiesen worden ist, welcher Natur das «chemische uns noch unbekannte Agens» ist, das von anderen Autoren als Ursache der Zonularcataract angesehen wird.

Auf Grund dieser Erörterungen komme ich zu folgenden Schlüssen:

1) Cataracta zonul. kann angeboren sein, ist aber in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in den ersten Lebensjahren erworben.

2) Rhachitis spielt bei der Entstehung der Catar. zonul. eine unleugbare Rolle, aber nicht die Rhachitis als solche, sondern die durch sie hervorgerufenen Krämpfe.

Literatur:

1) Mooren: Die operative Behandlung der natürlich und künstlich gereiften Starformen. Wiesbaden, Bergmann 1894.
2) Jaeger, E.: Ueber Staar und Staaroperationen. Wien 1854.
3) Graefe, A. v.: Der Schichtstaar. A. f. O. Bd. I A. 2. p. 235.
4) Derselbe: Notiz über Schichtstaar. A. f. O. Bd. II A. 1. p. 273.
5) Derselbe: Ueber die Entstehung des Schichtstaares an dislocierten Linsen. A. f. O. Bd. III 2, pag. 372.
6) Hesser: Faserschichtstaar. Ztschrft. der Gesellschaft der Aerzte zu Wien 1860, Nr. 23.
7) Eberhardt: Memoire sur la cataracte lamellaire. Nantes in 8° p. 15 u. Gaz. des hôp. Nr. 64.
8) Sophus Davidsen: Zur Lehre vom Schichtstaar. Inaug.-Dissert., Zürich.
9) Wecker: De l'étiologie de la cataracte. Annal. d'Ocul. T. LIV. p. 16.
10) Salomon, M: Die Krankheiten des Linsensystems auf Grundlage von v. Graefe's Vorträgen bearbeitet. Braunschweig 1872.
11) Gayet: De l'étiologie probable des cataractes zonulaires ou stratifiées. Ann. d. Ocul. T. LXXIV p. 55.
12) Bresgen, H.: Ein Fall von partiellem Schichtstaar nach Verletzung der Linse. Wien. med. Wochenschrift. Nr. 33.
13) Hutchinson: Imperfect. teath and lamellar cataract. Transaction of the pathol. Soc. T. XXVI p. 235, Lancet 6. March. p. 336.
14) Weiss: Schichtstar und mangelhafte Entwickelung der Zähne. Memorabilien, p. 308.
15) Leber: Kernstarartige Trübung der Linse nach Verletzung ihrer Kapsel, nebst Bemerkungen über die Entstehungsweise der stationären Kern- und Schichtstare überhaupt. A. f. O. T. XXVI 1. p. 283.
16) Galézowski: De l'étiologie de la cataracte. Recueil d'Ophthalm. p. 152.
17) Arx, v.: Zur Pathologie des Schichtstares S.-D. Zürich.
18) Berger, E.: Membrana pupillaris perseverans eines Auges u. Schichtstar beider Augen. Klin. M. f. A. XXII, p. 281.
19) Story, J. B.: Zonular cataract and dental malformation. Ophthalm. Review. Vol. v. Nr. 60, p. 277.
20) Beselin: Ein Fall von extrahirtem und mikroskopisch untersuchtem Schichtstar eines Erwachsenen. A. f. A. XVIII 1. p. 71.
21) Schirmer: O. Zur pathol. Anatomie und Pathogenese des Schichtstares. A. f. O. XXXV 3. p. 147.
22) Kunn, C. G.: Vererbung des Schichtstares in einer Familie. Wien. klin. Wochenschrift Jahrg. II. Nr. 3, p. 49.
23) Dub, B.: Beiträge zur Kenntniss der Catar. zonul. A. f. O. XXXVII 4. p. 26—38.
24) Partscher: Casuistischer Beitrag zur Lehre des Schichtstars. Zentrlblt. f. Aughk. 1894. Febr.
25) Peters, A.: Ueber die Entstehung des Schichtstars. A. f. O. XL 3.
26) Derselbe: Tetanie u. Starbildung. Bonn 1898.
27) Wettendorfer. F.: Weitere Fälle von juvenilem Totalstar, u. s. w. Beiträge zur Augenheilk. Heft 38, p. 43.
28) Вѣстникъ офталмологіи, 1900.
29) Bähr: Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des Schichtstars. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 144.
30) Schön, W.: Die durch Krämpfe bewirkten Veränderungen im Kindesauge. Zentrlblt. f. Aughk. 1900 XII.
31) Merz-Weigandt: Ueber einen Fall von Schichtstar bei Trauma. Zentrlbt. f. Aughk. 1900.
32) Parrot: Gaz. hebdom. 1881 p. 564.
33) Fournier, A.: Vorlesungen über Syph. hered. tarda.
34) Becker, Otto: Zur Anatomie der gesunden und kranken Linse. 1883.
35) Klin. Monatsbl. f. A. XXXIX, S. 357 u. 358.
36) Ibidem.

Corrigenda: Im ersten Teil dieser Arbeit (in Nr. 20) soll es heissen:

auf Seite 191 Zeile 1 von oben links: Jahre.
» » » » 10 » » » Entdeckung.
» » » » 18 » » rechts: Linsenfasern.

Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904.

Zweite Sitzung.

Am Donnerstag den 17. August um 3 Uhr Nachmittags.

I. Dr. J. Meyer-Jurjew (Dorpat); „Zur Hygiene der Schwangerschaft und des Wochenbettes". (Erscheint in dieser Wochenschrift).

Diskussion.

Dr. Keilmann-Riga. Im Prinzip muss ich freudige Zustimmung äussern zu den Ausführungen des Kollegen Meyer, da der führende Gesichtspunkt derselben die Anerkennung der Schwangerschaft und des Wochenbettes als physiologische Zustände ist. Die Vorbereitung der Mädchen in jungen Jahren für ihre natürliche Bestimmung in dem vom Kollegen Meyer dargelegten Sinne unterliegt meiner Ansicht nach keiner Diskussion. Es ist erfreulich wieder zu hören, dass das übermässige Schonen bei bestehender Gravidität zu bekämpfen ist, das die Frauen geradezu zur Thrombose erzieht.

Im Wochenbett liegt meiner Ansicht nach die Sache so, dass eine bis dahin ungewohnte Gymnastik vielleicht nicht angebracht erscheinen könnte. Mir scheint es zweckmässig, dass hier die gewohnte Lebensweise möglichst bald wieder gestattet werde, wobei Umhergehen, Sitzen und Wiederaufstehen nicht ohne Inanspruchnahme der in Betracht kommenden Muskulatur vor sich gehen kann und auf diese Weise eine dem einzelnen Individuum selbstverständlich angepasste Gymnastik erzielt werden kann. Ich muss bestreiten, dass dem Aufstehen der Wöchnerin nach ca. 7—9 Tagen die Gymnastik im Bett als weniger kontraindiziert gegenübergestellt werden darf. Im Gegenteil glaube ich, dass das Umhergehen einen günstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden, den Appetit u. s. w. hat und die Erholung wesentlich fördert. Wenn aber die Wöchnerin elend und mit schwachem Herzen daliegt, so wird man sie als krank behandeln müssen und ihrem pathologischen Zustande Rechnung tragen müssen. Die Grundforderung ist natürlich aseptischer Verlauf: ist dieser sicher am 4. Tage erwiesen, so wird Aufstehen und Umhergehen natürlicher erscheinen als die Gymnastik.

Dr. v. Knorre-Riga weist darauf hin, dass während der Schwangerschaft die Zeiten berücksichtigt werden müssen, an denen die Periode sonst einzutreten pflegte; um diese Zeit sei, besonders in den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft, vorsichtiges Verhalten und Schonung geboten, da gerade in diesen Tagen die Neigung zum Abort am ehesten vorhanden ist.

Prof. Dehio ist der Ansicht, dass die Erschlaffung der Bauchdecken, die nach der Geburt recht lange, oft für das

Digitized by Google

ganze Leben nachbleibt, wohl durch zweckmässige, monatelang fortgesetzte gymnastische Uebungen günstig beeinflusst, verhütet und wohl auch geheilt werden kann. Die Gymnastik, die in sehr einfachen aktiven Bewegungen: Erhebungen des Oberkörpers aus der horizontalen Rückenlage, bestehen kann, führt auch bei nicht schwangeren Kranken, wenn sie lange und konsequent durchgeführt wird, zu einer deutlich bemerkbaren Kräftigung der Bauchmuskulatur und einer Besserung der abnorm ausgedehnten Bauchform.

Dr. J. Meyer: Die Wochenpflegerin darf nur unter Aufsicht des Arztes die gymnastischen Uebungen der Wöchnerin leiten, der Zustand des Herzens, der aseptische Verlauf des Wochenbettes sind vom Arzt vor Anwendung der Gymnastik zu bestimmen. Hauptsächlich sind die gymnastischen Uebungen für Wöchnerinnen empfehlenswert, die während der Schwangerschaft in dieser Richtung ihren Körper schon gepflegt haben. Die Ausführungen bezogen sich namentlich auf die zweite Hälfte der Schwangerschaft. In den ersten Monaten beachten die meisten Frauen ihren Zustand noch wenig. Die Bedeutung der Menstruationstermine für die Möglichkeit des Abortes ist unanfechtbar und muss bei Empfehlung gymnastischer Uebungen durchaus beachtet werden. Der Vorzug der vorgeschlagenen hygienischen Massregeln gegenüber dem von Küstner und Keilmann eingeführten frühen Aufstehen der Wöchnerinnen, beruht auf dem Umstand, dass bei diesem Verfahren die erschlafften Muskeln des Beckenbodens wohl geübt, aber noch nicht dem Druck der auf ihnen ruhenden Eingeweide ausgesetzt werden, welcher bei aufrechter Haltung des Körpers leicht eine Schwächung derselben nach sich ziehen kann.

II. Dr. Keilmann-Riga: **„Myom und Klimakterium“** (Erscheint in dieser Wochenschrift).

Diskussion:

Prof. Kessler erwähnt als weiteren Beleg dafür, dass das Klimakterium keine Grenze für Wachstum resp. vielleicht sogar Entstehung der Myome abgiebt, 2 Fälle: 1) Den Tateschen Fall, in welchem bei einer 65-jährigen ein Myom entfernt werden musste, nachdem vor 11 Jahren beide Ovarien entfernt worden waren. 2) Einen von ihm selbst beobachteten Fall bei einer 90-jährigen, die ihn wegen in letzter Zeit sich rasch vergrössernden Abdomens konsultierte; die Vergrösserung war durch ein Myom von der Grösse eines im 8. Monat schwangeren Uterus hervorgerufen.

Dr. Keilmann: 3 Fälle von kastrierten Frauen sind in dem vorgebrachten Material vorhanden. In einem Fall wurden von Keilmann nur die Ovarien entfernt, nach einem Jahr musste die Myomotomie ausgeführt werden. Redner lag es daran, der verbreiteten Meinung, dass das Klimakterium einen hemmenden Einfluss auf die Myome ausübe, entgegenzutreten.

III. Dr. J. Meyer-Jurjew (Dorpat) demonstriert 1) den myomatösen Uterus einer im 3. Monat graviden Frau, der wegen hochgradiger Beschwerden der Patientin durch supravaginale Amputation entfernt worden war. Der linken Kante des Uterus lag der grösste, fast mannskopfgrosse Myomknoten an, welcher intraligamentär entwickelt den Uterus nach hinten rechts verdrängt hatte, tief unter die Portio herabgerückt war und das kleine Becken fast ganz ausgefüllt hatte.

2) Ferner die rechtseitige, einen Fötus, von der Grösse des 7. Monats enthaltende Tube einer Frau, bei welcher die sichere Diagnose (der Fötus war seit etwa 2 Monaten abgestorben) vor der Operation nicht hatte gestellt werden können. Noch während der Ausschälung des, zum grossen Teil intraligamentär entwickelten, Tumors war ein Ovarial-Kystom vermutet worden.

Beide Frauen sind reaktionslos genesen.

3) Wurden 3 Fälle von «missed abortion» vorgelegt. Im ersten Fall bestand Hydramnios; der etwa 1,0 cm. lange Fötus war stark mazeriert, im Bereich der primären Placentaranlage fanden sich diffuse flache Blutergüsse unter dem Chorion. In beiden anderen, ebenfalls Hydramnios aufweisenden Fällen sind die Hämatome bereits deutlich tuberös gestaltet. In einem dieser Fälle war schon vor der Entfernung des Eies die mutmassliche Diagnose auf subchoriales tuberöses Hämatom gestellt worden.

Entgegen Breuss, welcher excessives Wachstum des Chorion und Taussig, welcher Absterben des Fötus, sekundäre Bildung eines Hydramnios, Retention des Eies, Resorption der amniotischen Flüssigkeit und dadurch bedingte Faltenbildung als Erklärung dieser Veränderungen annimmt, glaubt Meyer eine primäre Hydramniosbildung, konsekutive Ernährungsstörung der fötalen Eihüllen als wahrscheinliche Ursache annehmen zu müssen. Infolge dieser Ernährungsstörung leistet das Chorion dem Druck des Blutes in den Gefässen der mütterlichen Plazentaranlage nicht genügenden Widerstand, und den einzelnen Gefässbezirken entsprechend, kommt es zu circumscripten Thrombenbildungen. — Die noch nicht ausgeführte mikroskopische Untersuchung dürfte diese Hypothese vielleicht zu stützen imstande sein. Die subchoriale tuberöse Hämatombildung ist wahrscheinlich viel häufiger als angenommen wird, — vielleicht in der Mehrzahl der Fälle von missed abortion. Die 3 demonstrierten Präparate rühren von Fällen her, welche innerhalb eines Jahres zur Beobachtung kamen.

(Autoreferat).

IV. Dr. Ruth-Riga: **„Zur artifiziellen Dilatation der Cervix“**. (Wird in dieser Zeitschrift erscheinen).

Diskussion:

Dr. v. Knorre-Riga konstatiert, dass der Vortragende über keine persönlichen Erfahrungen mit dem Bossi'schen Instrument zur Dilatation verfügt und daher eigentlich zur so vollständigen Verurteilung desselben unberechtigt ist.

Das Bossi'sche Instrument hat seine ganz feste Indikation für die Fälle, wo bei vollständig geschlossenem Muttermund, ja noch vorhandener Cervix, eine schleunige Entbindung zur Rettung des mütterlichen Lebens indiziert ist. Diese Fälle sind uns in den schweren und schwersten Formen der Eklampsie gegeben. In diesen Zuständen dürfte das Instrument — besonders den Kollegen auf dem Lande, die über keine Assistenz, geschweige denn ein Krankenhaus verfügen, unschätzbare Dienste leisten und ihnen ermöglichen, noch manches, sonst vielleicht verlorengehendes mütterliches Leben zu retten.

Jedes Instrument, auch das harmloseste, wie der weiche Kolpeurynter, kann bei nicht sachgemässer Anwendung Unheil anstiften. Man denke nur was alles durch die Zange in ungeschickter Hand für Unheil angerichtet worden ist und wohl noch täglich angerichtet wird, man denke an die Uterusrupturen, die durch Metreuryse verursacht worden sind — eben dieses gilt auch für's Bossi'sche Instrument bei nicht fachgemässer Ausführung der Dilatation, bei nicht richtiger Auswahl der Fälle.

Die Metreuryse, die Cervixincisionen nach Dührssen, die Dilatation nach Bossi, der vaginale Kaiserschnitt etc. haben ihre ganz präzise Indikation, wobei wir uns immer vom Prinzip werden leiten lassen müssen, das für den Fall beste und zugleich schonendste Verfahren anzuwenden. — Als ein Fehler wäre es zu bezeichnen, wenn jemand zur Einleitung der Frühgeburt den Bossi wählen würde, hier käme in erster Linie die Metreuryse in Frage; ebenso wäre es ein Fehler, bei Placenta praevia den Bossi anwenden zu wollen. Metreuryse oder Wendung auf den Fuss etc. sind hier die zur Zeit zweckentsprechendsten Massnahmen. Bei jenen Fällen schwerster, Eklampsie aber die ich anfangs skizzierte möchte ich statt der oft viele Stunden erfordernden Dilatation durch den Kolpeurynter — ich habe nicht selten 16—24 Stunden die Metreuryse ohne befriedigenden Erfolg ausgeführt — das Bossi'sche Instrument anwenden oder natürlich lieber noch, wenn eine Ueberführung in die Klinik möglich ist, den vaginalen Kaiserschnitt ausführen.

Dr. Keilmann wirft die Frage auf, ob wohl überhaupt ein Bedürfnis nach der Bossi'schen Methode zum Zwecke schneller Dilatation vorliege? Unser Material ergiebt jedenfalls nicht, dass wir ohne Anwendung des Bossi'schen Instrumentes den ärztlichen Aufgaben, die an uns herangetreten, nicht genügt hätten. Im Uebrigen lässt sich bezüglich der Eklampsie eine vergleichende Statistik schwer aufstellen. Scheint es doch, dass die Eklampsie nach Häufigkeit und Verlauf sehr verschieden auftrete und Statistiken aus verschiedenen Kliniken daher nicht gut zu verwerten sind. Steht es jetzt fest, dass nur einige Fälle von Eklampsie überhaupt für die Bossi'sche Methode in Frage kommen, so muss die von Dr. v. Knorre mehrfach betonte Einschränkung, dass eine geübte Hand zur Anwendung des Bossi'schen Instrumentes gehöre, für die allgemeine Anwendung sehr in's Gewicht fallen. Die an sich einfachere Verwendung des Kolpeurynters, der vielerlei Indikationen genügt, ist deshalb besonders den Kollegen auf dem Lande warm zu empfehlen. Was die Einführung der Gummiblase in den Cervix trifft, so führt man die Zange an das Hinterhaupt, indem man vorher die Frau auf die Seite des kindlichen Rückens lagert, wobei der Kopf ein wenig abweicht und sich nachher wieder einstellt. Ein Nabelschnurvorfall ist auf diese Weise leicht zu vermeiden.

Dr. Ruth meint, er sei, ohne eigene Erfahrungen im Bossischen Verfahren zu besitzen, berechtigt, sich ein Urteil aus den Literaturangaben und eigenen Beobachtungen mit anderen Methoden zu bilden. Wenn eine schnelle Dilatation nötig sei, halte er sie mit dem Ballon, eventuell dem festen, ausgeführt, für schonender, worauf bei der Eklampsiebehandlung Gewicht zu legen sei. In der Klinik sei der vaginale Kaiserschnitt oder die tiefen Cervixincisionen nach Dührssen dem Bossi'schen Verfahren vorzuziehen. Schwere Ver-

Digitized by Google

letzungen mit dem Metreurynter sind nur nach schnellem Zuge beobachtet worden. Anhänger der schnellen Entbindung bei Eklampsie, wie Dührssen, Bumm u. A. sind Gegner der Dilatation nach Bossi. — Lageveränderungen sind nach Anwendung des Ballons selten. Nach Dührssen erleichtere sie oft die notwendige Wendung, auch wäre die Metreuryse zur Beschleunigung der Geburt bei Lungen, Herz- und Nierenkranken anzuwenden.

Die Dilatatoren mit vielen Branchen, mit breiteren Kappen, Gummiringen erschweren die Kontrolle des gedehnten Muttermundes. — (Demonstration der Keilmann'schen Kolpeuryntерzange).

V. Dr. Brennsohn-Mitau: Ueber die Entwickelung des Medizinalwesens in Livland.

Da es in der alten Zeit hier zu Lande an Bildungsstätten zur Erlangung des medizinischen Wissens vollständig fehlte, so erhielten wir unser medizinisches Personal ausschliesslich aus Deutschland. Gelehrte Aerzte, die ihre Ausbildung auf Universitäten erlangt hatten, gab es in der alten Zeit sehr wenige. Dagegen widmeten sich der ärztlichen Behandlung, gleichwie in Deutschland, zahlreiche Geistliche und Mönche. Da sie aber, gleich den gelehrten Aerzten, sich nicht mit der Chirurgie befassten, so bildete sich ein niederes Heilpersonal heraus, welches sich ausschliesslich mit der Behandlung von Wunden und äussere Schäden beschäftigte. Die am niedrigsten stehenden in diesem Personal waren 1) die sog. Bader, die innerhalb ihrer Badestuben den Badegästen das Haar schneiden, Schröpfköpfe setzen, zur Ader lassen und alte chronische Geschwüre behandeln durften. Ein höheres Ansehn in der Gesellschaft genossen 2) die Barbiere, Wundärzte oder Chirurgen, die sich mit der Behandlung frischer Wunden beschäftigten und die sog. kleine Chirurgie übten; die Geschickteren unter ihnen unternahmeren auch grössere Operationen.

Eine höhere Stellung unter ihnen nahmen die gelehrten Wundärzte ein, die ihre Ausbildung auf einem Collegium chirurgicum erhalten hatten. Eine 3. Art von Medizinalpersonen bildeten die Wanderärzte, die zwischen den Barbieren und gelehrten Aerzten stehend, sich Okulisten, Operateure, Stein- und Bruchschneider nannten. Sie hatten eine gute praktische Ausbildung erhalten, oft auf Universitäten studiert. Die oberste Stufe auf der Leiter der Medizinalpersonen bildeten 4) die wirklichen gelehrten Aerzte, die auf Universitäten studiert und promoviert hatten.

Die ersten Aerzte in den baltischen Provinzen im 13. Jahrhundert waren höchst wahrscheinlich Geistliche und Mönche, welche sich vorzugsweise mit der innern Medizin befassten. Ihre Behandlung war zum Teil ganz rationell, andererseits aber wandten sie, der Richtung der Zeit gemäss, ganz wunderliche Verordnungen und Kuren an. Auf dem flachen Lande gab es während der Ordensherrschaft fast nur Priester-Aerzte und neben ihnen eine zahlreiche Klasse von lettischen resp. estnischen Volksärzten, die die widersinnigsten Mittel anwandten. In den Städten war es mit der Medizin weit besser als auf dem flachen Lande bestellt: in ihnen widmeten sich der Therapie die zahlreichen Mönche, die zum Teil recht wissenschaftliche Medizin betrieben. Die Mönchsmedizin hat wahrscheinlich im Laufe der Jahrhunderte die Volksmedizin stark beeinflusst. Durch die Einführung der Reformation wurde das Land in kürzester Zeit lutherisch; mit dem Verschwinden der katholischen Geistlichen und der Aufhebung der Mönchsklöster hörte auch die Tätigkeit der Geistlichen als Aerzte auf. Wenden wir uns den gelehrten Aerzten zu, so waren solche bereits frühzeitig in Riga anzutreffen, doch war ihre Anzahl eine geringe und nur die Namen einzelner sind uns bekannt. So erhalten wir durch das Rigasche Schuldbuch von der Existenz eines gelehrten Arztes Bruno in Riga im Jahre 1287 Kenntnis. Erst seit der Mitte des 16. Jahrhunderts beobachten wir eine fortlaufende Reihe gelehrter Aerzte in Livland, die sehr geschätzt waren und sich auch für das Sanitätswesen interessierten. Auch Medizinalbeamte hat es in Riga frühzeitig gegeben; aus dem Ende des 14. Jahrhunderts wird ein Stadtarzt, Namens «Corde» erwähnt.

Nach dem Untergange des Ordensstaates (1562) nahm die ärztliche Kunst und das Medizinalwesen in Livland einen höheren Aufschwung. Im Jahre 1685 wurde das Medizinalwesen für Riga einer neuen Durchsicht unterzogen. Im Dienste der Stadt befanden sich zwei bestellte Medici — die beiden Stadt-Physici, welche im Verein mit den drei Apotheken-Herren das ganze Medizinalwesen zu besorgen hatten. Eine ärztliche Taxe existierte damals nicht, auch das Institut der Hausärzte war im 17. Jahrhundert noch nicht bekannt. Ein Ritterschafts-Arzt wurde im Jahre 1742 angestellt und dem Bedürfnisse an Land-Physicis wurde seit 1783 durch die von der Krone angestellten Kreisärzte abgeholfen.

Was das Medizinalwesen in den andern Städten Livlands anbetrifft, so waren die Verhältnisse denen in Riga sehr ähnlich.

Die Chirurgen resp. Barbiere bildeten einen wesentlichen Bestandteil des Medizinalwesens Livlands. Sie waren frühzeitig in Riga anzutreffen und bildeten eine Zunft mit einem Schragen, welcher aus dem Jahre 1494 stammte. Schon aus dem Jahre 1360 wird eines städtischen Chirurgen in Riga Erwähnung getan. Es waren ihrer fünf Meister innerhalb der Stadt, deren Amt für Notfälle ausserhalb der Stadt einen Gesellen halten musste. Im Jahre 1784 wurde die Zunft aufgehoben, im Jahre 1821 zwar wieder hergestellt, hatte aber nun, da die medizinischen Verhältnisse von Grund aus sich verändert hatten, einen ganz andern Charakter gewonnen. Im Jahre 1863 wurde die Zunft vollständig aufgelöst.

Ueber die Aufrechterhaltung der genannten Ordnungen wachten die bereits genannten Apotheken-Herren, welche aus einem Bürgermeister, einem Ratsgliede und einem Sekretär bestanden und mit Hinzuziehung der Stadt-Physici die Examina und alle Medizinalangelegenheiten besorgten. Diese Organisation des städtischen Medizinalwesens wurde auch nach der Eroberung des Landes durch Russland im Jahre 1710 nicht geändert, vielmehr noch im Jahre 1735 durch einen Ukas der Kaiserin Anna anerkannt und bestätigt und bestand bis zur Einführung der Stadthalterschafts-Verfassung in Livland im Jahre 1783; seitdem wurde das Stadt-Medizinalwesen dem Reichs-Medizinal-Kollegium in St. Petersburg untergeordnet.

Von nun an mussten alle Aerzte, die in Livland praktizieren wollten, ihre Atteste, die sie zur Praxis berechtigten, dem Reichs-Medizinal-Kollegium in St. Petersburg vorstellen und sich vor diesem Kollegium einer Prüfung unterwerfen. Nach Einführung der neuen Gouvernements-Medizinal-Verwaltung im Jahre 1797 wurden alle Medizinalfunktionen dieser Behörde übertragen. Die Livländische Medizinalverwaltung, die врачебная управа, angeordnet mittelst Ukas vom 19. Januar 1797, bestand aus dem Inspektor, dem Operateur und dem Accoucheur und verblieb in diesem Bestande bis zum Jahre 1869, in welchem sie in «Medizinal-Abteilung» der Gouvernements-Regierung umbenannt wurde und die Posten des Operateurs und des Accoucheurs aufgehoben wurden. Die Medizinal-Abteilung besteht seitdem aus dem Inspektor und seinem Gehilfen, sowie dem etatmässigen Pharmazeuten für pharmazeutische Angelegenheiten.

Der ganze Vortrag in extenso, sowie die andern Abschnitte über die Entwickelung des Medizinalwesens in Livland sind abgedruckt in meinem Werke «die Aerzte Livlands von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart».

(Autoreferat).

Auf Antrag des Präses Prof. Dehio beschliesst die Gesellschaft Herrn Dr. Brennsohn zur Ermöglichung des Druckes seiner Arbeit über die Aerzte Livlands und die Geschichte des Medizinalwesens in Livland, aus der Kasse der Gesellschaft 200 Rbl. zu bewilligen.

(Fortsetzung folgt).

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

(II. Semest. 1904).

1. Schmähmann stellt eine 8-jährige Patientin vor, die vor 6 Jahren an einem luetischen Primäraffekt der Zunge gelitten hatte. Später zeigten sich Auftreibungen an beiden Tibiae, an der linken Ulna und am rechten Ellenbogengelenk. Augenblicklich ist über der rechten Tibia ein Ulcus vorhanden. Im Anschluss an die Demonstration spricht S. über luetische Knochenerkrankungen. — Prissmann weist darauf hin, dass das Auftreten eines extragenitalen Primäraffekts in so frühem Alter Beachtung verdiene.

2. Schmähmann stellt das Kind mit Myxidiotie und Makroglossie vor, das er schon einmal, am 4. Dezember 1903, demonstriert hatte. Es ist eine auffallende Besserung zu konstatieren. Die Behandlung bestand in der Darreichung von Thyreoidin (65 Tabletten zu 0,25).

3. Schmähmann stellt eine 40-jährige, seit 9 Wochen kranke Frau vor, in deren Abdomen links ein Tumor zu fühlen ist. Es bestehen abendliche Temperatursteigerungen bis 40 Gr. und Schüttelfröste. Der Verdacht auf Nierentuberkulose wird durch spätere Untersuchungen gerechtfertigt und die Diagnose ausser Zweifel gesetzt.

Digitized by Google

4. Friedberg stellt ein 14-monatliches Kind vor, das im August 1903 unter Fiebererscheinungen an Poliomyelitis erkrankt war; augenblicklich besteht eine Parese der unteren Extremitäten. — Christiani hält die Prognose für sehr zweifelhaft; in Frage käme bei der Behandlung die Transplantation der gelähmten Muskeln auf gesunde. Liedke ist der Ansicht, dass einem operativen Eingriff eine stärkende Behandlung mit Bädern und Massage vorhergehen sollte. — Siebert hat in einigen mittelschweren Fällen mit Erfolg elektrisiert.

5. Ischreyt demonstriert einen Fall von Xeroderma pigmentosum (Fritz R. aus Illien). Eine genaue Beschreibung des Falles ist mittlerweile in der «St. Petersburger Med. Woch. in Nr. 43, 1904 erschienen.

6. Ischreyt demonstriert einen zweiten Fall von Xeroderma pigmentosum (Andrei Alwick aus Nieder-Bartau). Patient ist 13 Jahre alt und leidet seit dem 2. Lebensjahre an der Krankheit. Zuerst zeigten sich am Gesicht, später an den Händen Flecke. Seit 3/4 Jahren tränen die Augen. Eine Besichtigung des Patienten ergiebt, dass nur die Haut des Kopfes, Halses, der Beugeseiten der Unterarme und der Handrücken von Pigmentierungen und Teleangiektasien ergriffen sind. Um die Augen, Mund und Nase ist die Haut gespannt und narbig. An mehreren Stellen finden sich kleine Hautangiome. An den Augen ist Narbenektropium und Madarosis der unteren Lider vorhanden. Die rechte Cornea zeigt Trübungen und Gefässbildungen. — Prissmann weist auf die grosse Seltenheit der in Rede stehenden Affektion hin und erwähnt, dass auf dem diesjährigen Dermatologen-Kongress 2 Fälle demonstriert wurden.

7. J. Goldberg demonstriert die Milz des am 8. April vorgestellten Falles. Die Untersuchung intra vitam hatte die Diagnose auf Leukämie sicher gestellt. Die Milz hat eine ganz aussergewöhnliche Grösse erreicht; die Masse am Präparat betragen 28:20:12 cm. In einem gleichen Falle Virchow's waren die Durchmesser nur unbedeutend grösser. -- Schmähmann teilt mit, dass die Schwellung über der Scapula, die er bei Lebzeiten feststellte, auf einem Hämatom beruht habe.

8. Ischreyt demonstriert eine Patientin mit Colobom des Pigmentblatts der Retina. Derselbe hat einen Durchmesser von 4—5 P. D. und liegt unten aussen von der Papille. Das ophthalmoskopische Bild entspricht genau der Abbildung a auf Taf. 7 des Haabschen Atlas (1895).

9. Heydmann demonstriert einen 32-jährigen Patienten, der vor 6 Jahren Lues, aber nie Gonorrhoe gehabt haben will und vielfach spezifisch behandelt worden ist. In der Mitte des Penis finden sich mehrere periurethrale längliche Stränge, die seit 3 Monaten bestehen sollen. Der Patient wird mit Inunctionen und Jodkali behandelt. — Nach Prissmann handelt es sich nicht um eine Cavernitis syphilitica, welche durch Gummaknoten bedingt wird, deren vorderer Teil fast stets geschwürig zerfallen ist. Dort liegen meist buchtige Geschwüre vor. Diese schmerzlose Verhärtung innerhalb des Corpus cavernosum penis dürfte wohl auf Blutgerinnungsknoten (Phlebolithen) zurückzuführen sein. Diese Gebilde sind rückbildungsfähig.

Im Anschluss an die Demonstration entspinnt sich eine Debatte, während welcher verschiedene Kollegen ihnen interessant erscheinende Fälle von Lues mittheilen. Besonders hervorgehoben zu werden verdient folgender Fall: Prissmann sah einen Patienten, der sich wegen Warzen an den Füssen vorstellte. Es zeigte sich, dass es sich um Condylomata lata handelte, die auf den Uebergangsfalten und Seitenflächen der Zehen sassen und unter einer spezifischen Behandlung ausheilten.

10. Ischreyt demonstriert einen Patienten, dem er die rechte Orbita wegen Orbitalsarkom ausgeweidet hatte. Der Fall ist durch das Auftreten einer Stauungspapille bemerkenswert. Augenblicklich beginnt sich die Orbita wieder anzufüllen, anscheinend mit einem Tumorrezidiv. Im Anschluss an die Krankenvorstellung zeigt I. eine Photographie des Patienten, die vor der Operation angefertigt worden war, und mikroskopische Schnitte durch den Bulbus mit einem Teil des Tumors. Der Fall wird demnächst in einer spezial. Zeitschrift genau beschrieben werden.

11. Prissmann berichtet über einen neuen Fall von Lepra maculo-anästhetica. Der 50-j. Patient (Andrei Ramen) stammt aus Nieder-Bartau und ist seit etwa 2 Jahren krank. Befallen sind: Stirn, Unterextremitäten, Nates; weniger die oberen Extremitäten. Ausgesprochene Anästhesie. Augenbrauen und Wimpern intakt.

12. Christiani referiert die Krankengeschichte eines Falles von Meningitis acuta, die er auf eine Infektion durch Influenzabazillen zurückführen möchte. Der Fall — es handelt sich um ein Kind — ist dadurch interessant, dass er in den ersten 24 Stunden mit 5 Schüttelfrösten und hohen Temperaturen einsetzte und in den ersten Tagen keine ausgesprochenen cerebralen Erscheinungen erkennen liess.

13. Goldberg berichtet über einen Pockenfall, der unter dem Bilde der Purpura hämorrhagica, mit Blutbrechen und Blutharn verlief und in drei Tagen zum Exitus führte. Es handelte sich um den von Hebra und Kaposi beschriebenen sog. «schwarzen Tod». — Siebert sah vor mehreren Jahren einen ähnlichen Fall. Prissmann warnt vor Verwechselungen mit Morbus maculosus Werlhofii. Falk hat eine Uebergangsform zwischen der erwähnten Form und der typischen Variola vera gesehen.

14. Prissmann teilt einen neuen Fall von Lepra tuberosa mit. Die 37-jähr. Patientin (Kerste Dedischke) stammt aus Rutzau und ist seit 12 Jahren in Libau wohnhaft. Auf dem Gesicht, den Unterextremitäten und den Nates kleine Knötchen, weniger auf den oberen Extremitäten. Augenbrauen erhalten, die Wimpern der Unterlider sind ausgefallen, diejenigen der Oberlider erhalten.

15. Straume berichtet über einen Patienten mit Ascites. Die Leber war nicht abzutasten, das Herz normal; Durchfälle. Eine Punktion förderte 3½ Liter sanguinolenter Flüssigkeit zu Tage, worauf in der Nabelgegend eine Geschwulst festgestellt werden konnte. Am nächsten Tage trat plötzlich der Exitus ein, nachdem sich der Patient noch vorher ganz wohl gefühlt hatte und umhergegangen war. Die Sektion ergab ein Karzinom des Netzes. — Zoepffel hält das Herumgehen des Kranken nach der Punktion wegen der verstärkten Inanspruchnahme des geschwächten Herzens für die unmittelbare Todesursache. v. Grot schliesst sich ihm an. Straume erwidert, dass seiner Meinung nach Druckschwellungen im Gefässsystem, die zum Tode hätten führen können, durch das Anlegen einer Leibbinde verhütet worden seien. — v. Grot spricht sich im allgemeinen gegen die Punktion aus und befürwortet besonders in Fällen, wie dem vorliegenden, die breite Eröffnung. Die Punktion gewähre keine Einsicht in das Wesen des Krankheitsprozesses. Goldberg hält die Punktion in den Fällen für geboten, in welchen Atemnot besteht und Erleichterung geschaffen werden soll. Nach Ansicht von Siebert wird bei Pleuraexsudaten viel zu viel punktiert. Straume hält die häufige Anwendung der Punktion der serösen Pleuraexsudate für statthaft, während Goldberg sie nur bei Lebensgefahr angewandt wissen will.

16. Ischreyt spricht im Anschluss an seine zwei selbst beobachteten und im Verein demonstrierten Fälle über die Symptome und den Verlauf des Xeroderma pigmentosum. Nachdem das Krankheitsbild durch Kaposi im Jahre 1870 zum erstenmal beschrieben worden war, sind im Laufe der Jahre in der gesamten Weltliteratur nur 146 Fälle niedergelegt worden. (Nach einer Zusammenstellung Adrians). Unsere Kenntnisse von den klinischen Erscheinungen der Krankheit sind ausser durch Kaposi besonders durch Unna gefördert worden. Das Wesen des Xeroderma pigmentosum ist dagegen noch völlig in Dunkel gehüllt. Während von der einen Seite dem Einfluss des Sonnenlichts eine Rolle bei der Entstehung der Krankheit zugesprochen wird, wird es von anderer Seite bestritten. Interessant ist es, dass (nach Adrian) in 10 pCt. der Fälle Consanguinität der Eltern nachgewiesen werden konnte.

(Fortsetzung folgt.)

Zuschrift an die Redaktion.

Wir werden um die Veröffentlichung folgender Zuschrift ersucht:

Den Herren Kollegen zur freundlichen Beachtung.

Von der Kommission der Moskauer Therapeutischen Gesellschaft.

In der Sitzung der Moskauer Therapeutischen Gesellschaft vom 1. Dezember 1904 hielten die Herren Ph. Blumenthal und J. Bronstein einen Vortrag «Ueber die rationelle Organisation der Heilserumprüfung»*). In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Diskussion stellte der Vorsitzende der Gesellschaft, Prof. W. D. Scherwinsky, den Antrag eine spezielle Kommission zur allseitigen Erörterung der durch die Vortragenden aufgeworfenen Fragen sowie zur Bearbeitung der mit der

*) Praktitscheskij Wratsch 1905, Nr. 3.

Digitized by Google

Heilserumbehandlung bei Infektionskrankheiten erzielten Resultate zu wählen.

Der Bestand der Kommission ist gegenwärtig folgender: A. Langowoi (Vorsitzender), H. Loewenthal (Schriftführer), Ph. Blumenthal, J. Bronstein, W. Dreyer und B. Egis (Vertreter d. pädiatr. Gesellsch.), G. Grauermann, B. Kanel, A. Kissel, W. Moltschanoff (Vertreter d. Klinik f. Kinderkrankheiten), S. Rudnew, W. Serenin (Vertreter d. chirurg. Gesellschaft), G. Solowjew, Prf. S. Tscherwinsky.

Die Kommission ist sich wohl bewusst, dass die Lösung der ihr gestellten Aufgabe nur dann erfolgverheissend sein kann, wenn eine gemeinsame Arbeit der vielen im ganzen russischen Reiche wirkenden Kollegen statthabe. Die Serumtherapie ist bereits in das 2. Dezennium ihres Bestehens getreten und die spezifischen Behandlungsmethoden der Infektionskrankheiten sind heutzutage so allgemein verbreitet und zugänglich, dass unsere russischen Kollegen wohl zweifelsohne über umfangreiches, einschlägiges Material verfügen.

Es ist somit an der Zeit dieses Material zu sichten, systematisch zu bearbeiten, kritisch zu beleuchten und die Serumtherapie in die einzig wichtigen, wissenschaftlichen Bahnen zu lenken, die Ursachen ihrer hin und wieder sich einstellenden Misserfolge zu eruieren und gleichzeitig den Versuch zu machen der Serumtherapie und ihrer fortschreitenden Entwickelung durch rationelle Organisation der Serumdarstellung, Serumprüfung und Serumanwendung in Russland den Boden zu ebnen.

Wenngleich das bisher gesammelte und teilweise in der Fachliteratur niedergelegte Material, betreffend die Serotherapie, zweifelsohne von grossem wissenschaftlichen Werte ist, so wird dessen ungeachtet seine Bedeutung bis zu einem gewissen Grade durch den Umstand geschmälert, dass jeder Autor nach seinem eigenen Plane vorging und spezielle Ziele verfolgte, wodurch die Forschungsergebnisse z. B. erhebliche Widersprüche aufweisen.

Wenn alle unsere russischen Kollegen, die sich für die Fragen der Serotherapie interresieren, und zwar nach dem von der Kommission in Aussicht genommenen einheitlichen Programm an dem weitern Ausbau teilzunehmen gewillt wären, so könnten diese Fragen einer zwar nicht raschen, aber dafür durchaus befriedigenden und wissenschaftlich begründeten Lösung entgegensehen. Ein solches Vorgehen ist jetzt gerade besonders wünschenswert, wo sich in der russischen Gesellschaft das Streben nach kollegialer Arbeit so scharf markiert hat.

Mehrere Kommissionsmitglieder haben sich bereit erklärt auf Grund eigener und fremder Beobachtungen die Serumbehandlung einiger Infektionskrankheiten — (W. Dreyer — Serotherapie der Diphtherie, B. Egis — der Skarlatina, B. Kanel — der Dysenterie und des Gelenkrheumatismus, H. Loewenthal — des Rückfallsfiebers, S. Rudnew — des Erysipels, G. Grauermann und G. Solowjew — einiger Puerperalerkrankungen und W. Serenin — der Staphylo- und Streptomykosen) einer zusammenfassenden Bearbeitung zu unterziehen und nach Abschluss der Vorarbeiten in den geplanten vereinigten Sitzungen der Moskauer Therapeutischen mit der chirurgischen, pädiatrischen, geburtshülflich-gynaekologischen und bakteriologischen Gesellschaft als Referenten aufzutreten. Die Programme für die künftigen einheitlichen Beobachtungen sind bereits fertiggestellt.

Diejenigen Herren Kollegen, welche an der gemeinsamen Arbeit sich zu beteiligen gedenken, werden hiermit ergebenst ersucht, mitteilen zu wollen, ob sie in den geplanten vereinigten Sitzungen als Korreferenten aufzutreten oder dem betreff. Kommissionsmitgliede ihre Erhebungen zur Verfügung zu stellen wünschen; selbstverständlich werden sämtliche Autorrechte unangetastet bleiben und das betreff. Manuskript dem Autor retourniert werden.

Die Kommission glaubt hoffen zu dürfen, dass die Herren Kollegen bereit sein werden ihre persönlichen Erfahrungen mitzuteilen und der gemeinsamen Arbeit sich anzuschliessen.

Um jegliche Auskünfte, betreffend die angeregten Fragen, um Versendung der von der Kommission ausgearbeiteten Programme sowie des Vortrages der Herren Ph. Blumenthal und J. Bronstein wolle man sich an den Schriftführer der Kommission H. Loewenthal (Moskau, Leontjewski 10) wenden.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Professor der Chirurgie an der militär-medizinischen Akademie, Akademiker Dr. M. Subbotin, wurde dieser Tage zum Ehrenmitglied des Royal College of Surgeons of Edinburgh gewählt, das im Juni d. J. sein 400-jähriges Bestehen feiert.

— Professor Dr. Ernst v. Leyden in Berlin ist zum ordentlichen Mitgliede der Königlichen Gesellschaft der Wissenschaften zu Upsala gewählt worden. Die Societas regia scientiarum Upsaliensis ist eine volle Akademie mit drei Klassen: einer naturhistorisch-medizinischen, physikalisch-mathematischen und historisch-archäologischen.

— Der ausserordentliche Professor der Augenheilkunde an der Odessaer Universität Dr. Golowin ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der Konsultant und Honorarprofessor des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna und ausserordentliche Professor der Gynäkologie am weiblichen medizinischen Institut Dr. Ratschinski ist auf eigenes Ersuchen vom Posten eines Konsultanten des klinischen Instituts enthoben worden.

— Der Oberarzt des St. Johanneshospitals für Irrsinnige in Warschau, Dr. Ssabaschnikow, ist zum Direktor der Warschauer Heilanstalt für Geisteskranke (im Dorfe Tworki) ernannt worden.

— Ordensverleihungen: Der St. Annenorden I. Klasse — dem Mitgliede des Verwaltungsrates des Asyls des Prinzen Peter von Oldenburg, wirkl. Staatsrat Dr. Heinrich Stuckey. Der St. Wladimirorden III. Klasse — dem Professor des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, wirkl. Staatsrat Dr. Michael Afanasjew, Leiter der therapeutischen Abteilung des Instituts.

— Befördert: zu wirklichen Staatsräten — der Professor des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. Petrow, und der stellv. Oberarzt der Heil. Dreifaltigkeitsgemeinschaft barmherziger Schwestern Dr. Frank. Zum Staatsrat — der ausseretatm. Arzt der Dreifaltigkeits-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, Dr. Wilh. Beckmann. (Wiederholte Mitteilung wegen des Druckfehlers bei d. betreff. Mitteil. in der vorigen №).

— Verstorben: 1) Am 19. Mai zu Reval der dortige freipraktizierende Arzt Dr. Hermann Soskin im Alter von nahezu 37 Jahren. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1890—96 studierte. Nach Erlangung des Arztgrades liess er sich als praktischer Arzt in Reval nieder. 2) Am 22. Mai in Kasan der frühere Professor der Anatomie Dr. Alexius Fortunatow im 55. Lebensjahre. Nachdem er an der Petersburger Universität Naturwissenschaften studiert und im J. 1876 den Kursus in der physiko-mathematischen Fakultät derselben absolviert hatte, fungierte er eine Reihe von Jahren als Laborant und Prosektor beim Lehrstuhl der Anatomie und Physiologie an der Petersburger Universität. Hierauf widmete er sich dem Studium der Medizin und hielt nach Erlangung der Doktorwürde an der militär-medizinischen Akademie im Jahre 1884 Vorlesungen über Anatomie und Histologie an der Petersb. Universität, bis er im J. 1891 zum ausserordentlichen Professor der Anatomie in der medizinischen Fakultät der Universität Kasan ernannt wurde. Zunehmende Kränklichkeit zwang ihn im vorigen Jahre seine Lehrtätigkeit aufzugeben. Seine zahlreichen Arbeiten veröffentlichte er in verschiedenen russischen Zeitschriften und in „Pflügers Archiv". In letzterem erschien auch seine Arbeit „Ueber die Fettresorption und die histologische Struktur der Dünndarmzotten". 3) In Moskau der freipraktizierende Arzt Wl. Gromow im 32. Lebensjahre nach erst vierjähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) Am 1. Juni n. St. auf seinem Gute Friedrichstal bei Radeberg Dr. Johann Lahmann, Besitzer und Leiter des bekannten Sanatoriums auf dem „Weissen Hirsch" bei Dresden. Der Verstorbene, der 1860 in Bremen geboren war, hatte sein Sanatorium aus kleinen Anfängen zu einem Institut von Weltberühmtheit gemacht, in welchem Patienten aus allen Weltteilen Heilung suchten. Dr. Lahmann hat auch verschiedene medizinische Schriften veröffentlicht; am bekanntesten ist sein Buch: „Die diätetische Blutmischung als Grundlage aller Krankheiten".

Digitized by Google

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Dem Chef des Sanitätswesens der I. Mandschurischen Armee und stellv. Hauptchef des Sanitätswesens beim Oberkommandierenden aller gegen Japan operierenden Land- und Seestreitkräfte, Senator Generalleutnant Fedor Trepow, ist für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner der Weisse Adlerorden mit Schwertern Allerhöchst verliehen worden.

— Das Evangelische Feldlazarett befindet sich, wie Dr. v. Schiemann aus Tschalantun unter dem 11. Mai mitteilt, noch immer in Guntschulin, wo es bereit ist, 130 Verwundete aufzunehmen. Die Einrichtung des Lazaretts in Tschalantun wird in Eile fortgesetzt. Vom Lazarett ist eine Fliegende Kolonne mit 5 Sanitären und 5 Sanitätswagen unter Leitung Dr. Bierich's und des deutschen Stabsarztes Dr. Schaefer zum 10. Armeekorps abgegangen.

— Wie der «Nordliv. Ztg.» von zuständiger Seite mitgeteilt wird, ist den Studierenden der Medizin der Jurjewer (Dorpater) Universität Johannes Hahn und Nikolai Burdenko (aus Pensa), welche beide gegenwärtig am Stadthospital in Riga tätig sind, für die auf den Schlachtfeldern von Tatschitsao, Wafangou und Ljaojan beim Verbinden Verwundeter im feindlichen Feuer bewiesene Tapferkeit und Selbstverleugnung der Militärorden IV. Klasse verliehen worden.

— Das Hessische Lazarett, ein Geschenk des Grossherzogs von Hessen-Darmstadt, hat seine Tätigkeit auf den vorderen Positionen der russischen Truppen in Godsjadan begonnen. An der Spitze des Lazaretts steht der Chirurg Dr. Kukowerow, der sich schon in der chinesischen Kampagne als Operateur hervorgetan hat.

— Nach telegraphischen Nachrichten aus Nagasaki, wurden 8 nach der letzten Seeschlacht bei Tsushima gefangen genommene russische Aerzte bedingungslos freigelassen. Sie haben am 23. Mai bereits ihre Heimreise angetreten.

— Wie telegraphisch gemeldet wird, nahmen die Japaner auch die beiden russischen Hospitalschiffe «Orel» und «Kostroma» weg, da sie vermuteten, dass sie am Kampfe beteiligt gewesen sind. Diese Schiffe wurden nach Sasebo gebracht.

— Aus Reval ist der dortige Sanitätsarzt Dr. W. Heidenschild dieser Tage zum aktiven Dienst einberufen worden.

— Am 22. Mai sind auf einem englischen Schiffe aus Port Arthur in Odessa eingetroffen: das ganze Personal des dortigen Marinehospitals mit dem Oberarzt Dr. Obesjaninow an der Spitze, 11 in dem Hospital verpflegte Offiziere, mehr als 100 genesene Amputierte und eine grosse Zahl von Matrosen, deren Wunden noch nicht ganz geheilt sind. Unter den Aerzten befand sich auch der Marinearzt Dr. Czernay (aus Libau).

— Der Hauptbevollmächtigte des Roten Kreuzes Senator v. Kaufmann hat aus Tschita telegraphisch um die Entlassung des der Odessaer Sanitätskolonne angehörenden Arztes Rjasanow nachgesucht, weil dieser Arzt angeblich einen demoralisierenden Einfluss auf das Personal ausübe, Gelder des Roten Kreuzes verschleudere und im Aerzteverein Vorlesungen gehalten habe, welche das Ansehen des Roten Kreuzes schädigten. Die Exekutivkommission hat daraufhin beschlossen, den Arzt Rjasanow (ohne vorherige gerichtliche Untersuchung und Zeugenverhör) aus dem Dienst zu entlassen.

Standesangelegenheiten.

— Die im Hinblick auf den zu erwartenden Ausbruch der Cholera so notwendige Bildung von Sanitäts-Exekutivkommissionen in den Städten und auf dem Lande ist in Frage gestellt, da die städtischen Communal- und die Landschaftsärzte fast überall sich weigern an diesen Komissionen teilzunehmen, so lange die Allerhöchst bestätigten Regeln für die obengenannten Kommissionen vom August 1903 in Kraft bleiben. Diese Weigerung der Aerzte hat bereits zu mehrfachen Konflikten geführt. So hat das Stadthaupt von Saratow den städtischen Sanitätsarzt Dr. Weger für eine solche Weigerung aus dem Dienst entlassen und ebenso hat der Sanitätsarzt Dr. I. A. Dmitrijew sich veranlasst gesehen, seinen Dienst in der St. Petersburger Gouvernements-Landschaft zu kündigen, da er es nicht für möglich hält, in einer nach den obigen Regeln zusammengesetzten Gouvernements-Sanitätskommission mitzuarbeiten.

— Die Landschaftsärzte des Sslobodskischen Kreises (Gouv. Wjatka) haben wegen inkorrekten Verhaltens des Landschaftsamtes gegen sie den Dienst quittiert. Ebenso haben alle Landschaftsärzte des Nowochoperskischen Kreises (Gouv. Woronesh), mit Ausnahme eines einzigen, ihren Abschied genommen, weil das Landschaftsamt auf eine Anzeige des Landhauptmanns den Dr. P. Fehre aus dem Dienst entlassen hat.

— Der bekannte amerikanische Krösus Carnegie soll, dem „Berl. Tagebl." zufolge, ein Kapital von 10 Millionen Dollar (nach dem Kurse gegen 20 Millionen Rubel) gespendet haben, dessen Zinsen zu Pensionen für Professoren verwandt werden sollen, welche krankheitshalber ihre Lehrtätigkeit aufgeben müssen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Stadt Riga hat beschlossen, zur Erinnerung an den 17. April 1905, den Tag, an welchem das Allerhöchste Edikt über die Glaubensduldung erfolgte, aus Mitteln der Stadt ein Sanatorium von 60—80 Betten für Rekonvaleszenten ohne Unterschied des Glaubensbekenntnisses zu gründen und zu diesem Zweck aus dem Reservekapital der Stadt bis zu 100.000 Rbl. zu entnehmen. Es soll um die Allerhöchste Erlaubnis nachgesucht werden, dem projektierten Sanatorium den Namen: „Sanatorium des Thronfolgers Zesarewitsch Alexei Nikolajewitsch" zueignen zu dürfen.

— Röntgen-Katalog. Anlässlich des zehnjährigen Gedenktages Prof. W. Röntgen's hat die Elektricitäts-Gesellschaft „Sanitas" zu Berlin einen 160 Seiten starken illustrirten Röntgen-Katalog herausgegeben, der eine erschöpfende Uebersicht giebt über das gesammte Röntgen-Instrumentarium mit allen seinen Hülfs- und Nebenapparaten der modernen Röntgentechnik. Der Katalog ist der umfangreichste, den es auf diesem Gebiete giebt, und enthält ausser der speziellen, den Apparaten gewidmeten Katalog-Abteilung mit vielen Abbildungen eine in leicht fasslicher, instruktiver Form gehaltene einführende Abhandlung, die es jedem Arzte leicht macht, mit der umfangreichen Materie völlig vertraut zu werden. Die „Sanitas" sendet ärztlichen Interessanten den Katalog auf Wunsch gratis zu.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. Mai d. J. 9557 (90 wen. als in d. Vorw.), darunter 951 Typhus — (17 wen.). 874 Syphilis — (5 mehr), 262 Scharlach — (3 mehr), 118 Diphtherie — (0 wen.), 141 Masern — (10 mehr) und 40 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis zum 14. Mai 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
465	361	826	164	120	142	14	13	24	84	58	74	49	49	29	6	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 36, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 59, Scharlach 10, Diphtherie 11, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 4, Grippe 11, Katarrhalische Lungenentzündung 103, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 91, Tuberkulose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 70, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungskanals 87, Totgeborene 37.

Digitized by Google

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Ein sehr nützliches Produkt aus Cascara-Sagrada

„CASCARINE LEPRINCE"

$C^{12} H^{10} O^{5}$

Medizinische Akademie 12. Juli 1892.

Akademie d. Wissenschaften 1. April 1893 u. 3. Juli 1899.

Erprobt: bei gewöhnlicher Verstopfung, Leberleiden, als antiseptisches Mittel für die Verdauungsorgane; bei Atonie des Verdauungskanals, Verstopfung bei Schwangeren und mit der Brust Stillenden, und gegen Gallenstein.

Gewöhnliche Dosis in Pillen: 2 Pillen nach dem Essen oder zur Nacht vor dem Schlafengehen.

Haupt-Depot: 62, rue de la Tour. Paris. (32) 12—7.

Depot in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven-** und **Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—7.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY

(62) 17—3.

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Wasserheilanstalt in Reichenau (Niederösterreich).

RUDOLFSBAD

an der Südbahnstation Payerbach. 2 Stunden per Südbahn von Wien entfernt. Herrliche, von allen Seiten **geschützte Lage** in einem der **schönsten Alpentäler Niederösterreichs** (476 Meter über dem Meere). **Ausgezeichnete Verpflegung** und sehr **komfortable Unterkunft bilden** die anerkannten **Vorzüge der seit über 30 Jahren bestehenden Anstalt,** in welcher **auch Kranke,** die nur einer **klimatischen Kur bedürfen,** Aufnahme finden.

Beginn der Saison am 15. Mai.

(bis halben Juni und im September bedeutende Ermässigung für Kost und Logis) **Wasser- und elektrische Kuren, Massage, Oertel'sche Kur. Eröffnung der Trinkhalle für Molke, Milch und alle Sorten frischgefüllter Mineralwässer am 15. Mai und des Voll- und Schwimmbades** (16—18° R und 780 mm. Spiegelfläche) **am 1. Juni** täglich Promenaden-Konzert, **direkte Telephonverbindung mit Wien.** Prospekte werden durch die **Kur-Inspektion** auf Verlangen gratis zugesandt. Nähere **Auskünfte erteilen: Dr. M. Bittner, Kurarzt, J. M. Walsnix Erben, Eigenthümer.**

Buchhandlung von **K. L. Ricker.** St. Petersburg, Newsky Prosp., Nr. 14.

Soeben erschienen:

Dr. E. Moritz.

Ueber Lebensprognosen.

2. Auflage, St. Petersb. 1905. Preis 75 K.

Д-ръ Э. Ф. Морицъ,

Главный врачъ страховыхъ обществъ «Россія» и «1 го Россійскаго 1827 года»

О предсказаніи жизни

2. изданіе, СПБ. 1905 г. цѣна 75 коп.

Digitized by Google

Thiocol „Roche"

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche"

à 0.5 gr
bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche"

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Protylin „Roche"

unbegrenzt haltbares, vollkommen ungiftiges Phosphoreiweiss mit 2,6% Phosphor.

Vorteile: Protylin übertrifft alle übrigen organischen und anorganischen Phosphorverbindungen durch seine ausgezeichnete Wirkung, seinen Gehalt an leicht resorbierbarem Phosphor und seine völlige Unschädlichkeit für den Darmtrakt.

Indikationen: Rachitis, Skrophulose, Caries, Neurosen, Hysterie, Anaemie, Cachexie und Basedow'sche Krankheit.

Verordnung: Als Pulver in Dosen von 1—2 Kaffeelöffel täglich oder als Tabletten à 0,25 in Dosen von 3 Mal täglich 5 Tabletten.

Protylinum ferratum (Eisengehalt 2,3%), besonders angezeigt bei Chlorosen und Anaemie.

Protylinum bromatum (Bromgehalt 4% organisch gebunden), besonders indiziert bei Neurosen.

Wir ersuchen stets Originalpackungen von 25, 50, 100, 250 gr. oder Cartons à 100 Tabulae à 0 25 gr. zu verordnen.

Alleinige Fabrikanten:
F. Hoffmann-La Roche & Co. Fabrik chem.-pharm. Produkte
Basel (Schweiz). *Grenzach* (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Sulfosot-syrup „Roche"

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Arsylin „Roche"

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Airol „Roche"

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche"

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche"

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche".

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Stypticin *anerkannt vorzügl. Haemostatikum, besonders bewährt bei Uterusblutungen. In Form von Substanz, Tabletten, Watte und Gaze.*

Veronal *ausgezeichnetes Hypnotikum ohne jegliche schädliche Nebenwirkung. In Dosen zu 0,25 bis 0,5 und bis 1 gr.* (11) 13—12.

Tropacocain *sehr beliebtes Anästhetikum. Besitzt d. anästhetischen Eigensch. d. Cocains ohne d. Nebenwirk. Die Lösungen sind sterilisierbar.*

MARIENBAD ZANDER-INSTITUT.

Modern eingerichtete Anstalt für schwedische Heilgymnastik, Massage, elektr. Lichtbäder, Trocken-Heissluft-Verfahren; Vorzügliche Unterstützungsmittel der Marienbader-Kuren.

Besitzer und ärztlicher Leiter (75) 6—4.
Dr. Med. EDUARD KRAUS.

KÖNIGLICHES BAD OEYNHAUSEN

Sommer- und Winterkurort.

Station der Linien Berlin-Köln und Löhne-Hildesheim. Naturwarme, kohlensaure Thermalbäder, Solbäder, Sol-Inhalatorium, Medico-mechanisches Zander-Institut, Röntgenkammer, Molken- und Milchkuranstalt. Prospekte und Beschreibung übersendet frei die

(79) 6—2. Königliche Badeverwaltung.

Lebensposition!
Für Arzt, der heiraten will!
Mein Freund,
ein weltberühmter Spezialist
in Deutschland, Besitzer einer Anstalt,
(Goldgrube!)
ist nicht abgeneigt zu seiner Entlastung und ev. wegen weiteren Unternehmens ist mit
jüngerem, soliden Arzt,
anständigen, ruhigen Charakters, welcher sich ungefähr gleichmässig beteiligen kann, zu assoziieren, dem dadurch hohes Einkommen und Lebensposition geboten wird. Offerten und J. D. 6422 beförd. Rudolf Mosse Berlin SW.

Digitized by Google

Salit (Salicylsäurebornylester). Wirkt als **äusserliches** Mittel besonders günstig bei allen nach Erkältung auftretenden **rheumatischen** und **neuralgischen Schmerzen,** bei **Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus** und **Ischias.** Von einer Mischung aus gleichen Teilen Salit und Olivenöl in der Regel täglich 2 mal ½ bis 1 Kaffeelöffel voll in die Haut der erkrankten Körperteile einzureiben. — Salit ist ausserordentlich billig.

Collargol. Bei **septischen Erkrankungen** (Septikämie, Puerperalprozessen — auch prophylaktisch bei Geburten —, Endokarditis, Milzbrand etc.) als Lösung zur **intravenösen** und **rektalen** Anwendung, als **„Unguentum Credé“** zum Einreiben. — Zur **Wundbehandlung** in Form von Tabletten etc. (19) 11—6.

Itrol. Silberpräparat für Augen- und Geschlechtskrankheiten, besonders **Gonorrhöe.**

Acoin. Billiges **Lokal-Anästhetikum** von intensiverer und längerer Wirkung als Kokain.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Natürliche Mineral-wässer **KISSINGEN**

Rakoczy, Pandur, Bitter-wasser } eisenhaltige Kochsalzquelle, weltbekannt bei Stoffwechselkrankheiten und Cirkul.-Störungen.

Maxbrunnen ———— diätetische Tafelwasser mit diuretischer Wirkung.

Bockleter Stahlbrunnen ——— phosphorarsenhaltig, unübertroffen bei Anämie . . .

Kissinger Badesalz ——— zu Kissinger Bädern im Haus . . . .

Aerzte erhalten Vorzugsbedingungen sowie Proben kostenfrei. Ueberall erhältlich, sowie durch direkten Bezug

(71) 6—5. **Verwaltung der k. Mineralbäder Kissingen & Bocklet.**

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien.

Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. illustrierte Prospekte.

Friedrichroda i. Thür.

ПОМОЩЬ ЧАХОТОЧНЫМЪ.

На каждые 3 случая смерти въ зрѣломъ возрастѣ (отъ 15 до 60 лѣтъ), одинъ вызванъ чахоткой, самой ужасной изъ современныхъ болѣзней человѣка, уносящей въ одной только Россіи ежегодно болѣе полумилліона людей!

Долго считавшаяся неизлечимой болѣзнью (пока ее лечили только лекарствами), чахотка теперь врачами признается самой излечимой изъ всѣхъ хроническихъ болѣзней. Это доказывается статистикой, которая ведется въ спеціальныхъ лечебныхъ заведеніяхъ, т. наз. **санаторіяхъ,** весьма распространенныхъ теперь за границей. Строгій режимъ укрѣпленія и закаливанія организма, примѣняемый въ санаторіяхъ, **даетъ даже въ средней стадіи болѣзни,** около 70% выздоровленій и стойкихъ улучшеній; а въ началѣ болѣзни около 90% всѣхъ больныхъ могли бы излечится въ сравнительно короткое время (отъ 4-хъ до 6-ти мѣсяцевъ), при точномъ исполненіи санаторнаго леченія.

У насъ же на всю Россію имѣются лишь 3—4 небольшія санаторіи. всегда переполненныя больными и окруженныя многочисленными кандидатами, тщетно ожидающими вакантнаго мѣста! Чтобы хоть отчасти пополнить столь существенный недостатокъ въ лечебныхъ учрежденіяхъ, Севастопольское общество борьбы съ туберкулезомъ задалось цѣлью устраивать въ Крыму общедоступныя санаторіи, преимущественно для лицъ средняго или малосостоятельнаго класса, ежегодно пріѣзжающихъ въ Крымъ для леченія и попадающихъ въ совершенно неблагопріятныя условія жизни въ частныхъ квартирахъ.

Но устройство и первоначальное оборудованіе санаторій требуетъ большихъ единовременныхъ затратъ, которыя не по силамъ одному мѣстному Обществу, а потому Правленіе Общества обращается съ горячимъ призывомъ ко всѣмъ добрымъ людямъ — помочь осуществленію этого великаго гуманнаго дѣла и тѣмъ спасти отъ преждевременной гибели тысячи молодыхъ жизней, погибающихъ въ расцвѣтѣ лѣтъ, вслѣдствіе недостатка въ надлежащемъ и современномъ леченіи.

Въ память о пострадавшихъ близкихъ лицахъ, которыя найдутся почти въ каждой семьѣ, въ помощь погибающимъ — посильными лептами помогите Обществу устроить лечебныя учрежденія, которыя спасутъ несчастныхъ больныхъ отъ тяжелаго, упорнаго, но излечимаго недуга!

Примѣчаніе: Подробная брошюра и уставъ О—ва высылаются Правленіемъ безплатно. Пожертвованія и членскіе взносы (отъ 3 хъ руб. ежегодно или 100 руб. пожизненно) адресуются въ Севастополь — Правленіе Севастопольскаго О—ва борьбы съ туберкулезомъ, а также принимаются въ С.-Петербургѣ, контора «Новое Время» — Невскій пр. 40 (отъ 10—5 веч.).

Hôtel und Pension

Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Im Deutschen **Alexander-Hospital wird Nachweis** ertheilt **über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege** (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.

Frau Gülsen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.

Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.

Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.

Dieser № liegt ein Prospekt über «Sanatorium Trebschen» bei.

Дозв. ценз. Спб., 28 Мая 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY
UNIV. OF MICH
JUL 15 19

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 22 St. Petersburg, den 4. (17.) Juni. **1905.**

Inhalt: Dr. Bernt Lönnqvist: Kriegs-chirurgische Erfahrungen vom russisch-japanischen Kriege. — Oefele: Periodische Fettausnützung bei Gallensteinen. — Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Kriegs-chirurgische Erfahrungen vom russisch-japanischen Kriege.

Vortrag, gehalten in der finnländischen Aerztegesellschaft zu Helsingfors am 29. Januar 1905.

Von
Dr. Bernt Lönnqvist.
(Helsingfors.)

Gleich nachdem die blutige Fehde im fernen Osten begonnen hatte, hielt der Finnische Verein zur Pflege verwundeter und kranker Krieger es für seine Pflicht, nach Kräften zur Linderung der Schrecken des Krieges beizutragen und beschloss daher, sobald wie möglich eine Ambulanz von 40 Betten zum Kriegsschauplatze abzusenden.

Die Ausrüstung der Ambulanz war mit vielen Schwierigkeiten verknüpft. Der Fragen, die sich in aller Geschwindigkeit aufdrängten, waren nicht wenige, noch waren sie leicht zu beantworten. Man hatte hier ja mit ganz anderen Faktoren zu rechnen als in gewöhnlichen Fällen, da man ja dort unter anderen klimatischen Verhältnissen und bei anderer Lebensweise als hier den verschiedenartigsten Ueberraschungen ausgesetzt sein konnte, und da es zweifelhaft war, ob man in der Nähe des Kriegsschauplatzes Gelegenheit haben würde die Vorräte zu ergänzen oder Artikel anzuschaffen, deren Notwendigkeit hier nicht vorauszusehen war, so galt es zu versuchen, sich in alle Verhältnisse hineinzudenken. Die Zeit sollte jedoch lehren, dass vieles anders hätte sein müssen; viele notwendige Sachen waren dort nicht anzuschaffen, andere wieder, die zu Gebote standen, vergrösserten die Ausgaben infolge der zu Kriegszeiten hoch hinaufgeschraubten Preise.

Die Ambulanz, welche aus folgenden Personen bestand: 4 Aerzten, Dr. Runeberg, Dr. Stenbäck, med. cand. Enroth und Unterzeichnetem als Chefarzt, dem Intendanten, Leutnant Sittkoff, 5 Schwestern und 7 Sanitären, reiste am 4. Mai 1904 aus Helsingfors ab und langte am 16. Juni an ihrem Bestimmungsorte, Guntschulin in der Mandschurei, 280 Werst südlich von Charbin belegen, an. Die Tätigkeit des Lazarettes daselbst dürfte in der Hauptsache bekannt sein, wesshalb ich mir erlaube nur die Erfahrungen auf dem Gebiete der Kriegschirurgie zu erwähnen, die ich während meiner Tätigkeit am Lazarette gesammelt habe.

Im Krankenhause hatten bis zum 27. November, wo ich aus Guntschulin abreiste, 249 Patienten Aufnahme gefunden und zwar 18 Offiziere und 231 Soldaten. Von diesen blieben 40 im Lazarette, nach Charbin evakuiert waren 128 und gesund zur Armee zurückgekehrt 45, gestorben waren 36.

Die rein medizinischen Fälle betrugen 36, davon 3 Typhusfälle, die übrigen betrafen leichte Darmstörungen, Bronchitiden, Rheumatismus u. s. w. 64 pCt. der Soldaten waren unter 30 Jahren. Die Zahl der Krankentage betrug 4408, die höchste Anzahl Patienten pro Tag 65. Die durchschnittliche Belegung pro Tag 41,2.

Die Mortalität erscheint vielleicht hoch, doch muss hier der Umstand in Betracht gezogen werden, dass wir, solange der Raum es gestattete, nie verweigerten, verzweifelte, schwer zu behandelnde Fälle aufzunehmen, ja es fanden selbst sterbende Patienten bei uns eine Freistätte.

Nach dem deutsch-französischen Kriege von 1870—1871, wo das französische Chassepotgewehr von 11 mm. Kaliber sich dem deutschen Zündnadelgewehr von 13,6 mm. Kaliber bedeutend überlegen zeigte, wurden die europäischen Armeen allmählich mit feinkalibrigen Gewehren bewaffnet. Ein lebhaftes Interesse für die Wirkungen dieser Gewehre machte sich geltend und gab den Anlass zu zahlreichen und eingehenden Untersuchungen[1]).

[1]) Langenbeck, v. Bergmann, Kocher, Bruns u. a. haben die Kriegschirurgie mit mehreren wertvollen Arbeiten auf diesem Gebiete bereichert.

Was war der Zweck der Verminderung des Gewehrkalibers? Handelte es sich bloss darum, die grösste Treffsicherkeit, die grösste Geschwindigkeit und Wirkung des Schusses zu erhalten oder machten sich auch humanitäre Gesichtspunkte geltend? v. Coler und Schjerning klären uns darüber auf, dass letzteres nicht der Fall war.

Digitized by Google

Im Burenkriege kam das feinkalibrige Gewehr zum ersten Male in grösserer Ausdehnung zur Anwendung und im gegenwärtigen russisch-japanischen Kriege sind auf beiden Seiten interessante Beobachtungen über die Wirkungen desselben gemacht worden. Die russische Armee ist gegenwärtig mit Gewehren von 7,5 mm. Kaliber bewaffnet, die Kugeln mit Nickelmänteln versehen. Die aktiven Truppen der japanischen Armee sind mit 6,6 mm. kalibrigen Gewehren bewaffnet, die Kugeln gleichfalls mit Nickelmänteln versehen. Die Reserve soll Gewehre von etwas grösserem Kaliber und kupferbekleideten Kugeln haben. Ausserdem hatten wir Gelegenheit in einigen Fällen die Wirkungen von Gewehren etwas grösseren Kalibers (ca. 10 mm. Berdan?), womit die in der Mandschurei zahlreich operierenden Chungusenhorden bewaffnet waren, zu beobachten. Keine der Wunden war von der Beschaffenheit, dass sich annehmen liesse, es seien Dum-Dumkugeln zur Anwendung gekommen.

Bei Artilleriekämpfen, die in diesem Kriege mitunter von entscheidender Bedeutung waren, benutzten die Japaner als Projektile hauptsächlich Schrapnells und ausserdem auch Brisantgranaten. Die Schrapnells, welche sowohl in der Luft als auch bei Berührung von Gegenständen explodieren können, schleudern bei der Explosion ihren Inhalt hinaus, bestehend aus etwa 260 kleinen runden Bleikugeln von etwa 11 mm. im Durchmesser. So zierlich und unschuldig die kleinen Wolken, welche bei einer Schrapnellexplosion erzeugt werden, auch erscheinen mögen, so schwer können die Wunden nach diesen Projektilen sein, da sie gewöhnlich alle Eigenschaften zeigen, welche die Beschädigungen durch die alten Bleikugeln zeigten. Sprengstücke von Granaten und Schrapnells sind häufig in ihren Wirkungen verhängnisvoller als die Gewehr- und Schrapnellkugeln selbst.

Der Arzt bei der Front legt den ersten Verband an. Er allein ist somit in der Lage die schwersten Wundschäden zu beobachten, welche sogleich oder im Verlauf einiger Stunden den Tod herbeiführen. Ungünstige äussere Umstände tragen jedoch dazu bei dieses interessante Studium zu erschweren. Der Arzt bei einem Lazarett der zweiten Linie — und bei einem solchen befanden wir uns — hat erst nach einigen Tagen Gelegenheit die Verwundungen zu sehen; die rasch eintretenden sekundären Veränderungen verdecken schon viele interessante Einzelheiten, die nur in den ersten Stunden beobachtet werden können, und von denen die Krankengeschichte daher auch nicht zu vermelden hat. So verändert sich z. B. die Eingangs- und Ausgangsöffnung der Projektile in der Haut durch die Elastizität der gesunden Gewebe, Blutungen verdecken Knochenbrüche, allmählich eingetretene Lähmungen sind wegen der unsicheren Angaben der Patienten nicht von solchen zu unterscheiden, die gleich eintraten; noch mehr ist dieses natürlich bei Störungen des Sensoriums der Fall.

Könnten nun in einem Lazarett der zweiten Linie die Patienten bis zur völligen Heilung verbleiben, so wäre dieses natürlich sowohl für den Arzt als den Patienten äusserst günstig. Aber meistens erhält das Lazarett den Befehl zu evakuieren, die Patienten werden anderen Händen übergeben und sowohl interessante als unklare Fälle verschwinden auf immer. Nachrichten über diese Patienten sind so gut wie nie mehr zu erhalten. So wurden über 50 pCt. unserer Patienten nach Charbin evakuiert, ehe definitive Heilung eingetreten war. Obduktionen, welche vieles Interessante hätten nachweisen können, konnten bis auf einige Ausnahmen aus mehreren Gründen leider nicht ausgeführt werden. Da ausserdem das Krankenhaus keinen Röntgenapparat besass, so konnten auch nicht die Wirkungen der feinkalibrigen Gewehre auf das Knochensystem näher studiert werden. Dann und wann waren wir allerdings in der Lage, dank der Zuvorkommenheit und dem lebhaften Interesse, das der Oberarzt des Evangelischen Feldlazarettes Dr. von Schiemann uns und unserer Tätigkeit erwies, den ausgezeichneten Röntgenapparat dieses Lazarettes zu benutzen.

Um die Arbeit in den Feldlazaretten zu erleichtern und den Patienten mit mancher schmerzhaften Untersuchung zu verschonen, müsste jeder Patient bei der Entlassung eine kurze Krankengeschichte über die Beschaffenheit seiner Leiden sowie über die Behandlung derselben erhalten. Von den Patienten, welche wir empfingen, waren leider höchst wenige mit einer derartigen Beschreibung versehen.

Die allgemeinen Wirkungen des feinkalibrigen Gewehres, an welches sich sowohl in bezug auf die Anzahl (105 Fälle) als die Art der Verwundungen das grösste Interesse knüpfte, sind gewöhnlich gering. Selbst bei schweren Verwundungen werden die Schmerzen oft als unbedeutend angegeben. Einige Verwundete geben an, am beschädigten Körperteile die Empfindung einer Zuckung gehabt zu haben, andere hatten geglaubt, einen Schlag oder einen Stoss erhalten zu haben. Häufig, besonders bei Wunden der Weichteile, wurden sie erst auf ihre Wunden aufmerksam, als sie Blut fliessen sahen. Schwere und langwierige Schmerzen hingegen hatten die Patienten selbstverständlich bei Diaphysen-Frakturen der oberen und unteren Extremitäten. Bei den starken Schmerzen, welche einige Patienten bei unbedeutenden Wunden der Weichteile empfanden, muss wohl die individuelle Empfindlichkeit mit in Betracht gezogen werden. Die meisten Patienten, welche Beschädigungen der Lungen erlitten hatten, gaben an, für eine Zeit das Bewusstsein verloren zu haben. Nachdem sie zu sich gekommen waren, vermochten sie gleichwohl, ebenso wie die Patienten mit Bauchschüssen, mehrere Werst zum Verbandpunkt zu gehen. Es kamen Beispiele vor, dass Soldaten, wenngleich verwundet, weiter am Kampf teilnehmen konnten. Von solchen Fällen will ich speziell einen Soldaten erwähnen, der, obgleich er einen *Bajonettstich* ins Bein erhalten hatte und der Unterkiefer durch eine Gewehrkugel frakturiert worden war, gleichwohl die Kraft besass den Kampf fortzusetzen.

Bei Schusswunden am Kopfe verlor der Patient gewöhnlich das Bewusstsein. Patienten mit Schusswunden in der Wirbelsäule und mit Lähmungen klagten mehr über ihre Hilflosigkeit als über Schmerzen. Verhältnismässig glücklich darf man wohl die Soldaten nennen, welche nur durch eine Kugel verwundet waren, da mehrere Fälle vorkamen, wo dieselbe Person den Wirkungen von sogar 4 Gewehrkugeln ausgesetzt war. Es kamen auch Fälle vor, wo ein und dieselbe Person sowohl von Gewehrkugeln und Schrapnells als von Gewehrkugeln und Granaten verwundet worden war. Verwundungen durch Schrapnells fanden sich bei uns, wunderbarerweise, nur in 26 Fällen, obgleich die Soldaten angaben, dass sowohl bei Ljaojan als Schache ein förmlicher Schrapnellregen stattgefunden hatte.

Die Form und Grösse der Einschussöffnung hängt in wesentlichem Grade davon ab, unter welchem Winkel das Projektil den Körper trifft. Geschieht dies in rechtem Winkel, so ist die Einschussöffnung gewöhnlich rund und entspricht in der Grösse dem Kaliber des Projektils. Die Ausgangsöffnung ist hierbei, wenn das Projektil nicht auf Knochen gestossen ist, der Eingangsöffnung wohl ziemlich gleich, welche in frischen Fällen gewöhnlich kleiner sein dürfte als die Ausgangsöffnung. Manchmal ist es völlig unmöglich, die Ein- und Ausgangsöffnung von einander zu unterscheiden. Der Arzt ist dann ausschliesslich auf die eigenen Angaben des Patienten angewiesen. Trifft die Kugel den Körper in spitzem Winkel, so

Digitized by Google

werden die Ein- und Ausschussöffnungen um so grösser, je kleiner der Winkel ist.

Da es, wie schon erwähnt, selbst in frischen Fällen häufig schwer ist, die Ein- und Ausgangsöffnungen von einander zu unterscheiden, so muss dies natürlich um so schwieriger sein, wenn die Wunden schon angefangen haben zu heilen. Bei den meisten unserer Patienten mit Wunden der Weichteile waren die Wunden gleich gross oder die Ausgangsöffnung war etwas grösser, bei einigen nur war sie kleiner als die Eingangsöffnung. Ob verschiedene Abstände auf die Grösse der Wunden influierten, konnten wir nicht feststellen.

Im Gegensatz zu dem, was z. B. im Burenkriege beobachtet wurde, dass nämlich Gewehrkugeln häufig in den weichen Teilen zurückgeblieben waren, konnten wir hier nur 6 derartige Fälle antreffen. Ist, bevor die Kugel den Körper trifft, der Mantel derselben aus irgend einem Grunde beschädigt, so kann sowohl die Eingangs- als Ausgangsöffnung von beträchtlicher Grösse werden. Dasselbe ist mit der Ausgangsöffnung der Fall, wenn die Kugel Knochen frakturiert hat. So wurde beispielsweise am Unterarm eine 5×5 cm. grosse Ausgangsöffnung beobachtet.

Bei einigen Patienten waren, so zu sagen, mehrere Eingangsöffnungen anzutreffen, so z. B. waren mehrere Soldaten während des Zielens von einer Kugel getroffen worden, welche zuerst den linken Unterarm und darauf die Brust durchdrang. In einem anderen Falle wieder ging die Kugel durch beide Oberschenkel. Diese unkomplizierten Schusswunden heilten in einigen Wochen, Infektion gehörte zu den Seltenheiten.

Die durch das moderne feinkalibrige Gewehr verursachten Wunden bluten im allgemeinen wenig. Dies beruht natürlich auf der unbedeutenden Hautwunde und dem engen Schusskanal. Selbst bei Läsionen der grossen Gefässe können die äusseren Blutungen unbedeutend sein. In Ljaojan war ich in der Lage, 2 Fälle zu sehen, wo die art. iliaca ext. und fem. lädiert waren, und in unserem Lazarett wurde ein Patient behandelt, bei welchem nach einer Schusswunde in der Ellbogenbeuge, die Kugel ein Aneurysma der art. cubital. verursacht hatte.

Der Fall ist in Kürze folgender:

Unteroffizier, 26 Jahre alt. Aufg. am 18 August. Verwundet am 13. August aus kurzer Entfernung, gleichzeitig durch 3 Gewehrkugeln. Eingangsöffnung an der Innenseite der linken Ellbogenbeuge. Ausgangsöffnung am äusseren unteren Teile des linken Oberarmes. Beide Wunden erbsengross. Geschwulst in der Ellbogenbeuge; deutliches Surren über der Art. cub. Radialpuls fühlbar. Am rechten Oberarme, 5 cm. von einander entfernt, 2 erbsengrosse mit Krusten bedeckte Wunden: an der Vorderseite des rechten Oberschenkels, 6 cm. von einander entfernt, 2 bohnengrosse eitrige Wunden. Fraktur des linken Radius und der Uln. in ihrem oberen Drittel. Am 24. August ganz plötzlich in der Nacht heftige Blutung aus der Schusswunde in der Ellbogenbeuge. L i g a t u r a a r t. b r a c h. Aneurysmasack von der Grösse eines Gänseeies; die Arterie wird peripher und zentral unterbunden. Pat. stark angegriffen. 13. Sept. Konvalesc. Die Zirkulation in der Hand gut. Fraktur konsolidiert.

Nunmehr scheint es auch zu den Seltenheiten zu gehören, dass nach Wunden an den Extremitäten Verblutungen auf dem Schlachtfelde eintreten.

Während in früheren Kriegen recht häufig Blutungen vorkamen, Aneurysmen dagegen selten waren, so ist das Verhältnis in einem modernen Kriege das entgegengesetzte und nunmehr trifft man in den weiter vom Kriegsschauplatze entfernt belegenen Lazaretten häufig interessante Aneurysmafälle. Bei inneren Blutungen in der Brust- und Bauchhöhle gestalten sich die Verhältnisse anders. Hier finden sich keine Hindernisse für den freien Abfluss des Blutes. Im finnischen Lazarett war Blutung in die Brusthöhle 5mal und Blutung in die Bauchhöhle einmal Ursache des Todes.

Die durch Schrapnells verursachten Wunden, welche in der Regel schmerzhaft sind, unterscheiden sich von den Wunden des feinkalibrigen Gewehres ferner dadurch, dass sie bedeutend grösser (bohnengross), sowie in den meisten Fällen infiziert sind. Nicht selten kommen multiple Wunden vor und bleiben Kugeln zurück. So hatte ein Soldat, welcher in liegender Stellung von einem über ihm explodierenden Schrapnell getroffen wurde, nicht weniger als 22 Wunden am Körper.

Die durch Sprengstücke von Granaten und Schrapnellhülsen verursachten Beschädigungen der Weichteile gehörten zu den schwersten Läsionen, die man Gelegenheit hatte zu sehen. So hatte bei einem Soldaten ein Granatensplitter die Weichteile fast des ganzen linken Armes und der halben Brust aufgerissen. Die Wunden waren stinkend, mit gangränösen Fetzen gefüllt. Hier habe ich ein Granatenstück von 2×1 cm. Grösse, welches, nachdem es Scrotum und Penis durchbohrt hatte, recht tief in den linken Oberschenkel eingedrungen war, gefunden. Ausserdem war ich in der Lage auf Armen deutliche Brandwunden zu sehen, die durch glühende Metallteile von in der Nähe krepierten Granaten verursacht waren. Da die Granatenstücke gewöhnlich die Erde berühren, sind die Wunden stark infiziert, und der einzige Fall von Tetanus, welcher in unserem Krankenhause vorkam, betraf einen von einer Granate verwundeten Patienten.

Diese Verwundungen waren jedoch glücklicherweise selten. Bei uns wurden nur 9 derartige Fälle behandelt.

(Schluss folgt).

Periodische Fettausnützung bei Gallensteinen.

Aus 85 systematischen Kotanalysen, teils mit Ikterus, teils mit Gallensteinen auch ohne Ikterus*), suchte ich ein allgemeines Bild für die Zusammensetzung des Kotes bei vorhandenen Gallensteinen aufzustellen. Das Hauptergebnis, dass dieser Kot sehr fettreich ist, war längst bekannt. Ein neuer Zug war der Fettreichtum bei geringem Gehalte an Trockensubstanz und einige andere Ergebnisse.

Auffallen musste es aber, dass auch der gesunde Mensch 6 bis 10 pCt. der Trockensubstanz des Kotes an verseifbaren Fetten im Kot entleert, während selbst bei zweifellosem Vorhandensein von Gallensteinen in Ausnahmsfällen nur 2—4 pCt. verseifbare Fette in der Trockensubstanz des Kotes enthalten sind. Noch mehr muss es aber auffallen, dass diese Analysen mit niedrigem Fettbefunde zeitlich Kolikanfällen ungemein nahe stehen. Aber gerade diese Befunde können dazu beitragen, in die Beurteilung der Auslösung der Koliken einen neuen Einblick zu schaffen. Wie wir sehen werden, giebt es vor den Kolikanfällen meist wenige Prodromaltage mit erhöhter Fettausnützung, welchen in der Kolik ganz besonders erhöhte Fettverschleuderung folgt.

Dies soll mit einigen zahlenmässigen Nachweisen belegt werden. Frau S. entleert Kot mit 15,45 pCt. Trockensubstanz und 13,59 pCt. verseifbaren Fetten in dieser Trockensubstanz. Bei Frau X. sind die betreffenden Zahlen 23,29 pCt. und 15,13 pCt. Bei beiden Frauen ist die Diagnose Gallensteine gesichert. Beide Frauen hatten mehr als 14 Tage vor und mehr als 14 Tage nach diesen Befunden keine Koliken durchzumachen. Die Ergebnisse können als allgemein orientierend bei Gallensteinen gelten.

Im Jahre 1902 wurde bei einer Frau E. unter gleichen Bedingungen die Kotanalyse ausgeführt und 17,82 pCt. Trockensubstanz und 19,48 pCt. verseifbare Fette in dieser Trockensubstanz gefunden. Im Jahre 1901 war 9 Tage vor Eintritt der Kolik bei dieser Frau untersucht worden mit dem Befunde von 14,06 pCt. Trockensubstanz und 18,66 pCt. verseifbaren Fetten in der Trockensubstanz. Ungefähr ¼ Jahr zuvor war der letzte Anfall verlaufen. In diesem Falle war also 9 Tage vor Eintritt der Kolik noch nichts von Prodromen in der Analyse zu erkennen. Ich muss später darauf zurückkommen.

*) Wiener klinische Wochenschrift 1904, Nr. 29.

Digitized by Google

Im Jahre 1903 war zweimal der Kot 7 Tage vor dem Kolikaufall analysiert worden. Bei Frau S. ergab er 21,38 pCt. Trockensubstanz mit 21,88 verseifbaren Fetten in der Trockensubstanz und bei Frau L. 12,21 pCt. Trockensubstanz mit 14,33 pCt. verseifbaren Fetten in der Trockensubstanz. Also auch hier ist noch nichts von Prodromen bemerkbar.

In einem anderen Falle 6 Tage vor Eintritt der Kolik ist das Bild ein völlig anderes. Es waren häufiger Gallensteinkoliken aufgetreten und zwar vor 16 Tagen die letzte. Die Kotuntersuchung ergab 23,08 pCt. Trockensubstanz mit 6,69 pCt. verseifbaren Fetten in der Trockensubstanz.

Frau X. hatte Oktober 1902 und Mai 1903 Kolikanfälle, bei welchen stets Ikterus eintrat und Gallensteine aus dem Kot ausgewaschen wurden. Dann traten wieder Koliken am 21. und 31. Juli und am 2. August ein und blieben darnach lange Zeit aus. Der Kot vom 27. Juli wurde analysiert und ergab 16,38 pCt. Trockensubstanz mit 6,43 pCt. verseifbaren Fetten in der Trockensubstanz.

Am Tag vor einem Kolikanfall wurde bei Frau H. analysiert und 10,94 pCt. Trockensubstanz mit 15,5 pCt. verseifbaren Fetten in der Trockensubstanz erhalten. Direkt nach der Kolik trat in diesem Falle sogenannter acholischer Stuhl ein.

Vom Tag der Kolik selbst liegt bei Frau G. eine Analyse mit 17,30 pCt. Trockensubstanz und 26,85 pCt. verseifbaren Fetten in der Trockensubstanz vor. Es war dies der zweite Tag einer Kolikperiode, in welcher 8 Tage regelmässig täglich eine Kolikanfall auftrat. 8 Tage nach Schluss dieser Periode ergab der Kot 9,86 pCt. Trockensubstanz und 4,65 pCt. verseifbare Fette in der Trockensubstanz. Sie verliert einige Wochen darnach einen grossen Stein, der bei konsequent fortgesetztem Auswaschen des Kotes gefunden wurde und wahrscheinlich längere Zeit zur Durchwanderung des Darmes benötigt hatte. Um 14 Monate später ergiebt die Kotanalyse 11,82 pCt. Trockensubstanz mit 10,23 pCt. verseifbaren Fetten in der Trockensubstanz, also einen normalen Befund.

Während täglich eintretender Koliken und Ikterus wurde bei Frau S. im Kot 27,78 pCt. Trockensubstanz mit 40,96 pCt. verseifbaren Fetten gefunden.

Es würde sich darnach also ungefähr das Bild ergeben, dass bis zu 7 Tagen vor Beginn der Gallensteinkolik eine mittlere Steatorrhoe besteht, dass dann plötzlich als Prodrom des Kolikanfalls ungefähr am 6. Tage vor der Kolik für einige Tage eine übermässige Fettaufsaugung eintritt, dass zur Zeit des Kolikanfalls selbst die Fettverschleuderung einen Höhepunkt erreicht und dass nach erfolgreicher Gallensteinkolik auf eine übermässige Fettaufsaugung normaler Fetthaushalt folgen kann.

Dass dieser Verlauf in den Abständen der einzelnen Tage nicht ganz und gar nach dem Schema verläuft, zeigt aber die oben schon erwähnte Frau E. Im Jahre 1903 wurde 4 Monate nach dem letzten Anfalle und 9 Tage vor einem ausnahmsweise heftigen Anfalle wiederum Kot untersucht und ergab 14,47 pCt. Trockensubstanz mit 3,46 pCt. verseifbaren Fetten in der Trockensubstanz. Es ist dies nahezu der niedrigste Fettgehalt, welchen ich überhaupt bei Anwesenheit von Gallensteinen beobachtete. Hier scheint also der höhere Grad der Heftigkeit des Kolikanfalles ein verlängertes und verstärktes Prodromalstadium besessen zu haben. Gerade in diesem Falle hatte ich auf die Analyse und den lokalen Befund hin der Patientin einen unmittelbar bevorstehenden Kolikanfall angekündigt, war aber nach einigen Tagen enttäuscht, dass er nicht eintrat, und hatte schon erklärt, der Anfall käme jetzt nicht, ich müsste mich getäuscht haben, als scheinbar verspätet die Kolik verstärkt nachkam.

Dieser ganze Verlauf bedarf noch eingehender Beobachtung. Doch sind die Befunde jedenfalls so interessant, dass eine vorläufige Mitteilung mir am Platz schien,

Bad Neuenahr, Rheinpreussen.

Oefele.

Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904.

Zweite Sitzung.

Am Donnerstag, den 17. August um 3 Uhr Nachmittags.

(Fortsetzung).

VI. J. Meyer-Jurjew (Dorpat): Ueber gynäkologische Massage.

Nachdem Vortragender 1891 in Stockholm sich 4 Wochen mit gynäk. Massage beschäftigt hatte, berichtete er auf dem Aerztetag in Wenden 1892 über die ersten Erfahrungen, die er persönlich mit dieser schon damals vielfach angefeindeten Methode gemacht hatte. Neben mehreren unbefriedigenden Resultaten konnte über günstige Erfolge bei 6 Fällen chron. Pelviperitonitis, 2 Fällen fixirter Retroversio und einem Falle chron. Parametritis berichtet werden. Nachdem nun innerhalb einer Frist von 12 Jahren von Vortragendem und seinen Assistenten eine grössere Zahl geeigneter Fälle mit Massage behandelt worden sind, scheint es gerechtfertigt die persönlichen Erfahrungen mitzuteilen über diese Methode, welche jüngst wiederum lebhafte Debatten veranlasst hat.

Die Aneignung der Technik ist nicht leicht. Bei Adipositát und sehr straffen Bauchdecken ist die Ausführung der Massage so schwierig, dass diese Komplikationen geradezu als Kontraindikationen anzusehen sind. Als geeignete Objekte für die Behandlung sind zu bezeichnen 1.) chronische pelviperit. Erkrankungen, unter Mitbeteiligung des Subserosiums, des Bindegewebes, deren prävalierendes Symptom der Schmerz ist; 2.) Dislokationen der Beckenorgane infolge der chron. Pelviperitonitis, bei welchen allmählige Dehnung der Adhäsionen durch Massage unter konstanter Anspannung derselben erzielt wird; 3.) torpide Exsudate parametritischer Natur, bei welchen Eiter ausgeschlossen werden kann, und endlich 4.) ungenügende Involution des Uterus.

Ohne auf die Wirkungsweise der Massage (Beförderung des Lymphstromes, wechselnde Hyperämisierung u. Anämisierung) sowie die Einzelheiten der Technik näher einzugehen, wird auf die so oft beobachtete spontane Lösung peritonealer Adhäsionen (eigene Beobachtung: vollkommene Lösung einer gelegentlich einer Myomotomie nach extraperitonealer Stielversorgung in die Bauchwunde angenähten Cervix) hingewiesen, welche die erfolgreiche Behandlung derselben durch die Massage vollauf zu erklären imstande ist.

Als seltene Indikationen werden erwähnt Blutergüsse; ferner Salpingitiden, bei welchen der durch die bestehende Perisalpingitis verursachte Schmerz oft durch Massage günstig beeinflusst werden kann. Dass in diesen Fällen die äusserste Vorsicht geboten ist, braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden. Bei Myombildung ist in 2 Fällen massiert worden, in welchen das intramural sich entwickelnde Myom bei seinem Vordringen gegen das Peritoneum lebhafte Schmerzen verursachte. Es schien, als wenn in diesen Fällen durch die Massage die Entwickelung der Knollen unter das Peritoneum befördert worden war. Gelegentlich wurde in schwierigen Fällen die Massage einige Tage behufs Sicherung des Palpationsbefundes, also zu diagnostischen Zwecken geübt. — Als absolute Kontraindikation gelten: Fieber, Verdacht auf Eiter, Nervosität.

Die Erfahrungen bei Einhaltung dieser Anzeigen und Gegenanzeigen sind folgende: Eintritt von vorübergehendem Fieber ist sehr selten beobachtet worden. Bersten hydropischer Follikel oder Entleerung von Hydrosalpingitiden erfolgte einigemal ohne den geringsten Nachteil. Dauernde Schädigung des Nervensystems, die einwandfrei auf die Massage zurückgeführt werden musste, ist nicht zur Kenntniss des Vortragenden gekommen.

Die Erfolge sind bei geduldiger Durchführung der Massagekur oft überraschend, — aber nur, bei strenger Beschränkung derselben auf oben umgrenztes Indikationsgebiet. Jede Methode hat ihre Misserfolge aufzuweisen; selbst die operative Beseitigung der Folgen pelviperit. Prozesse garantiert keinen Erfolg. Daher ist diese Methode durchaus berechtigt und verdient in der gynäk. Therapie dauerndes Bürgerrecht.

Die vielfach gegen die Massage geübte abfällige Kritik ist nicht unverständlich. Die Methode ist sehr zeitraubend, mühevoll, physisch anstrengend; die Technik durchaus nicht leicht zu erwerben; die Anwendung in ästhetischer Hinsicht nicht ohne Bedenken. Von vielen Seiten wird die Indikation viel breiter gestellt: Sterilität, Dysmenorhoe, Prolapse, alte Narben; frischere entzündliche Prozesse dürfen nicht mit in Behandlung genommen werden, wenn die Methode nicht in Misskredit gebracht werden soll. Ohne auf die Literatur einzugehen, wird nur erwähnt, dass Bumm, Fritsch, Schauta, Kossmann und viele andere sich in nicht ungünstiger Weise über die Massage aussprechen.

Ueber die von Thure Brandt empfohlenen gymnastischen Bewegungen sowie die Uterushebungen will Vortragender nicht urteilen, weil diese nur unter Assistenz eines geschickten Gymnasten ausgeführt werden können und daher keiner objektiven Nachprüfung unterzogen werden konnten. Die Mehrzahl der empfohlenen Uebungen scheint theoretisch und praktisch wertlos zu sein. Vortragender sah mehrfach Erfolge bei funktioneller Amenorrhoe bei Anwendung von a) Fussbeugen und Strecken, b) Unterschenkelbeugen und Strecken (beides Widerstandsbewegungen), c) Oberschenkelrollung, d) Rumpfrollung, e) Lendenhackung und Kreuzbeinklopfung.

Ausser diesen Bewegungen kam nur noch zur Anwendung «Knieteilung und Knieschluss unter Widerstand». Bei dieser

Digitized by Google

Uebung muss der gestreckte Körper auf den Schultern und den Sohlen des im Knie flektierten Beines ruhen. Mehrfache Erfolge dieser Uebungen bei nicht zu veralteten Fällen von Prolapsus recti bewiesen, dass durch diese Bewegungen eine lebhafte Mitbeteiligung des m. levator ani, der Sphinkteren etc. veranlasst wird, welche wohltätig auf die erschlafften muskulösen Elemente des Beckenbodens wirkt. Daher wendet Vortragender diese Bewegungen, die wirksamer sind als das vielfach empfohlene «Kneifen» (Muskelanspannung, wie sie beim Zurückhalten von Darmgasen intendiert wird) nicht ungern bei Erschlaffungszuständen der Organe des Beckenbodens an.

(Autorreferat).

Diskussion:

Dr. Keilmann-Riga. Es ist in diesem Kreise bekannt, dass ich gelegentlich sehr nachdrücklich gegen die Massage opponiert habe; jedoch war die scharfe Form meiner in der «Pet. med. Wochenschrift» publizierten Diskussionsbemerkungen hervorgerufen durch die Form, in welcher in jener Sitzung der Rigaer ärztlichen Gesellschaft die Massage empfohlen worden war. Wenn ein junger Kollege in drei Jahren 300 Frauen massiert und im wesentlichen betont, dass der Erfolg vorzüglich war, so fühle ich mich zu schärfster Opposition verpflichtet. Wesentlich milder konnte meine Stellungnahme sein auf einem Aerztetage, als Herr Kollege Weidenbaum mit scharfer Präzisierung der Indikationen und mit Hinweis auf die Gefahren, für gewisse Fälle die gynäkologische Massage empfahl.

Herrn Kollegen Meyer nun kann ich vollends beistimmen, wenn er uns eben darlegte, wie sehr das Gebiet der gynäkologischen Massage sich einschränkt, wenn die Indikationen in kritischer Erfahrung gesichtet werden. Es bleibt nur die Pelviperitonitis in ihren Folgezuständen als Objekt der sog. Massage übrig, und hierbei darf diese Behandlungsmethode als bimanuell mechanische Behandlung bezeichnet werden, indem nicht Beeinflussung der Blut- und Lymphezirkulation, als vielmehr einfache Dehnung etwaiger Adhäsionen angestrebt und erreicht werden kann. Wenn eine Gynäkologe die Massage so handhabt, wie Herr Kollege Meyer nach seiner heutigen Mitteilung dieses tut, so kann man m. A. u. nichts dagegen einwenden, selbst wenn man anderer Ansicht ist. Der Missbrauch und die Kritiklosigkeit auf diesem Gebiet, muss aber nachdrücklich bekämpft werden. So ist überaus häufig eine «Eierstockentzündung» Grundlage für langdauernde Massagekuren. Die Oophoritis ist aber als isolierte Erkrankung äusserst selten und bedarf keiner lokalen Behandlung. Die häufige Diagnose kann nur auf eine Verwechselung mit functionellen Schmerzen auf hysterischer Basis zurückgeführt werden und viele, vielleicht die meisten Frauen, die mit Massage behandelt werden, müssten eigentlich den Neurologen überwiesen werden. Dass gyn. Massage gelegentlich eine latente Hysterie manifest machen und verschlimmern kann, ist eine Ansicht, die in der Rigaer ärztlichen Gesellschaft seitens der Herren Sokolowski, Schönfeldt und Redlich Bestätigung gefunden hat, und bei der Indikationsstellung mit allem Ernst berücksichtigt werden muss. Gegenüber solchen schweren Schädigungen, die in praxi tatsächlich vorkommen, kann der Nutzen der gynäkol. Massage nur sehr gering sein, dieselbe kann bei Behandlung von Frauen wohl als entbehrlich bezeichnet werden, selbst wenn ihr hier und da einmal ein gewisser Nutzen nicht abgesprochen werden kann.

Dr. O. Brehm-Riga: Als Chirurg kann ich den Wert gynäkologischer Massage als solcher nicht beurteilen, allein es passiert gar nicht selten, dass Fälle von chronischer Appendicitis gynäkologisch massiert werden. Man könnte einwenden, das hier nicht die Methode, sondern der falsch diagnosticierende Arzt zu beschuldigen ist. Es ist aber Gynäkologen wie Chirurgen schon lange bekannt, dass die chronische Appendicitis und die Adnexerkrankungen mit chronischer Pelviperitonitis oft diagnostische Schwierigkeiten bereiten können; die topographischen Beziehungen sind so innige, dass das ohne weiteres erklärlich ist, zudem sind oft beide Organe zugleich erkrankt. Honner fand bei 75 gynäkologischen Laparotomien 43 mal den Wurmfortsatz miterkrankt. Andere Autoren behaupten die Möglichkeit der sekundären Infektion des Wurmes von der erkrankten Tube aus (Burnsby). Wir sahen einmal das Umgekehrte, ein Kotstein hatte den Wurm perforiert war in die Tube gelangt und hatte hier eine eitrige Entzündung hervorgerufen. Nach Clados bestehen Beziehungen zwischen den Lymphbahnen der Adnexe und des Wurmes, sodass auch auf diesem Wege ein Organ das andere infizieren kann. Auch Anlötung der erkrankten Appendix an die Genitalien kann durch Zerrung zu Beschwerden und damit zu Irrtümern Veranlassung geben. Die akuten Erkrankungen beider Organe sind leichter auseinander zu halten, obgleich auch da Fehler passieren. Ein einseitiger Pyosalpinx ist oft schwer von einem perityphlitischen Exsudat zu unterscheiden, allerdings kommen diese hier nicht in Betracht, da sie nicht massiert werden. Wir haben in Riga im Krankenhause und in der Privatklinik der Herrn Dr. v. Bergmann in den letzten Jahren eine ganze Reihe von chronischen Appendicitiden gehabt, die gynäkologisch, z. T. sehr lange massiert worden waren (z. Teil waren sie auch operiert worden) — ohne Erfolg. Die Exstirpation des kranken Wurmfortsatzes brachte Heilung. Es mehren sich stetig die Fälle, wo wir Veranlassung haben die Gynäkologen zu konsultieren und umgekehrt. Ein Zusammenarbeiten beider Spezialisten schützt beide vor unangenehmen Untersuchungen, und die Patientinnen eventuell vor unnützen Operationen oder langwierigen, widerlichen und gefährlichen Massagekuren. Die Frauen haben ohnehin die Neigung alle Beschwerden im Unterleibe auf die Genitalien zu beziehen, woher viele Fälle von chronischer Appendicitis den Gynäkologen aufsuchen. Daraus ergiebt sich das Postulat, dass der Gynäkologe, ehe er zu massieren beginnt, sich darüber klar sein muss, dass die Appendix gesund ist, sowie der Chirurg, bevor er operiert, sich über den Zustand der Genitalien genau informieren muss.

Dr. Meyer: Das Erlernen der Massage ist schwieriger, als gemeiniglich angenommen wird. Es ist schwer sich die Technik lediglich nach Beschreibungen anzueignen. Aus privaten Mitteilungen mancher Kollegen habe ich erfahren, dass die Massage in der Tat sehr verschieden, oft nicht richtig ausgeführt wird. Es hat sogar einmal ein Ehemann mir das von einem, freilich ganz jungen, Arzt ausgeübte Verfahren so geschildert, dass diese Massage von masturbatorischen Manipulationen kaum unterschieden werden konnte!

Die Adhäsionen bilden nicht das einzige zu beseitigende Produkt der chronischen Pelviperitonitis. Diese sind tatsächlich nur durch Dehnung zu beseitigen. Auf die chronischen Veränderungen des Subserosium und der bindegewebigen Strata wirkt jedoch direkt die Massage. Ueber die brüske Sprengung von Adhäsionen habe ich sehr wenig persönliche Erfahrungen. Wenn man bei Laparotomien sieht, wie oft beim stumpfen Trennen von Adhäsionen Einrisse in tiefere Schichten, Ablösung des Peritoneum von der Muskularis der Darmwand und ähnliche Verletzungen entstehen, so verliert man den Mut, diese Methode anzuwenden.

Nervösen Patientinnen durch Massage geschadet zu haben, glaube ich nicht fürchten zu müssen. Ein Fall ist mir in dieser Hinsicht zur Last gelegt worden. Es handelte sich um eine Hysterica, bei welcher nach einigen Sitzungen die Massage abgebrochen wurde, da nervöse Reizung konstatiert werden musste. Diese Patientin hat aber nicht geruht, als bis ihr von anderer Seite in der Folge der Uterus exstirpiert wurde. Den Angaben dieser Patientin vermag ich kein Gewicht beizulegen. Nervöse sollen nicht massiert werden — dann werden bei einiger Vorsicht schlimme Erfahrungen vermieden werden.

Die Gefahr der unbeabsichtigten Massage einer Appendix ist nicht sehr naheliegend. Nur bei ungewöhnlicher Dislokation ist die Appendix überhaupt per vaginam erreichbar. Solche Appendicitiden könnten jedoch kaum was anderes als das Bild der Pyosalpinx vortäuschen — und beim geringsten Verdacht auf Eiter ist die Massage streng verboten.

Dr. Brehm macht darauf aufmerksam, dass er die chronischen Fälle gemeint habe, bei denen er eine Verwechselung für nicht selten erklärt.

VII Prof. Dr. Kessler-Jurjew (Dorpat): Myom und Herz. (Manuskript nicht erhalten).

Schluss der II. Sitzung.

Sekretär: G. Engelmann.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 21. April 1904 *).

1. Dr. Theodor Schwartz stellt a) einen Patienten mit Hemiatrophia linguae vor (Fall 1). Der 15-jährige Pat. ist im Aug. 1903 erkrankt, hat starke Kopfschmerzen und zuweilen Erbrechen gehabt, nach einigen Wochen sind die Krankheitserscheinungen geschwunden und hat Pat. sich wohl ge-

*) Der Redaktion zugegangen am 26. April 1905.

Digitized by Google

fühlt. Ende November wieder starke Kopfschmerzen, Doppelsehen, starker Schwindel, einige Mal auch Erbrechen cerebralen Charakters. In früheren Jahren soll Pat. gesund gewesen sein; eine Anamnese in Betreff der Eltern nicht erhältlich.

Pat. sieht wohlgenährt aus, seinem Alter entsprechend entwickelt, äussere Zeichen hereditärer Lues fehlen. Vortragender bemerkt, dass Pat. eben eine Schmierkur durchgemacht, ausserdem mehrere Wochen K. J. getrunken hat. Der Kopfschmerz hat danach ganz aufgehört, der Schwindel ist geringer geworden; der stark cerebellar-ataktische Gang hat sich bedeutend gebessert.

St. praes.: deutliche Hemiatrophie der linken Seite der Zunge, fibrilläre Zuckungen derselben; faradische und galv. Reaktion der atrophischen Seite möglich, doch deutlich herabgesetzt gegenüber der rechten Seite. Die Zungenspitze weicht nach links ab. Gaumensegel beiderseits normal, bei der Intonation der Stimmbänder kreuzt sich der rechte Aryknorpel über den linken. Stimmbänder beiderseits gut beweglich; leichte Hypaesthesie der linken Pharynxseite, die übrigen Gehirnnerven, mit Ausnahme der die Augenmuskel versorgenden, alle normal. Nach der Untersuchung Dr. Zwingmann's liegt im wesentlichen vor: 1) Ein Nystagmus oscillatorius. 2) Pupillen — weit. reag. gut. 3) Hypermetropia manifesta. 6,0 D jederseits. 4) Akkomodationsparese ocul. dextr. 5) Das binokulare Sehen ist durch eine eigenartige Diplopie gestört: in 4 m. Abstand gleichnamige Doppelbilder, welche bei Annäherung auf 20″ verschmelzen, und bis 8″ verschmolzen bleiben; bei noch näherem Herankommen treten gekürzte Doppelbilder auf (wegen der Konvergenzparese); leichte Seitwärtsbewegungen eines schwankenden Lichtes in diesen Entfernungen vom Auge bis zu ca. 20° temporal jederseits von der Mittellinie ändern nichts an diesem Zustande. Dagegen verschmelzen bei grösserem Abstande (ca. 2 m.) die Doppelbilder nun oben rechts im Blickfelde, daher die geneigte und leicht nach links gedrehte Kopfhaltung des Pat. In dem rechten kleinen Teile des Blickfeldes stehen die Doppelbilder meist senkrecht und in geringem Höhenabstande von einander, das rechte höher, als das linke. Ein Seitenabstand fehlt meist, zur Mittellinie hin und nach links wächst die Seitendistanz, nach unten auch die Höhendistanz, und zwar steht nun das rechte Bild niedriger als das linke, immer ungekreuzt, und ganz links unten neigt sich plötzlich das rechte Bild dem linken zu, während es sonst immer ihm parallel steht». Nach Herrn Dr. Zwingmann sind diese Doppelbilder am ehesten durch eine linkseitige Abduzensparese und eine rechtseitige Trochlearisparese zu erklären und durch die Akkomodationsparese rechts ohne Sphinkterparese. Ophthalmoskopisch findet sich eine starke Radiärstreifung der Gefässe im Gebiet ihrer ersten Ausbreitungen oben und unten von der Papilla optica, und die Radiärstreifen verdecken zum Teil feinere Arterien. Dieser Befund ist durch markhaltige Nervenfasern nach Dr. Zwingmann zu erklären.

Das Romberg'sche Symptom ist bei dem Pat. sehr stark ausgeprägt, der Gang noch deutlich cerebellar-ataktisch. Ataxie oder Intentionstremor der oberen Extremit. fehlt. Die Sprache ist normal; Patellarreflexe gesteigert; kein Fussklonus: Sensibilität überall normal (ausser der linken Pharynxseite), nirgends Paresen der Extremitäten. Intelligenz gut. Da die Schmierkur mit J. K. eine so weitgehende Besserung erzielt hat, so nimmt Vortragender einen hereditär luetischen Prozess, hauptsächlich in der hinteren Schädelgrube und der mittleren an. Am meisten wahrscheinlich scheint ihm ein basalmeningitischer Prozess, wenn er auch ein Ergriffensein des Bulbus nicht ausschliessen kann. Die ausgebildeten Krankheitsbilder eines bulbären Prozesses und eines basalen gleichen sich oft frappant, und nur wenn man den Beginn des Leidens verfolgen kann, ist eine sichere Unterscheidung möglich.

In der Münchener med. Woche, Nr. 18, 1903, in dem Artikel über «Migraine ophthalmoplegique», führt Schindler das Vorkommen markhaltiger Nervenfasern in der Retina als Zeichen für eine angeborene Entwicklungsschwäche des Nervensystems an. Vortragender erwähnt dies nur, ohne Schlüsse in dem vorliegenden Fall ziehen zu wollen.

b) Vortragender demonstriert eine Sammlung von Mikrophotographien, welche er mit dem Apparat der Firma Leitz-Wetzlar hergestellt hat.

Die Mikrophotographien stellen erstens Bazillenpräparate in starker Vergrösserung dar, und zweitens Rückenmarksquerschnitte (normale und pathologische) in schwacher Vergrösserung.

(Autoreferat.)

2. Dr. Voss ist in der Lage einen ähnlichen Fall (II) vorzustellen.

Vortragender demonstriert eine Patientin, bei welcher das Zusammentreffen einer interkraniellen Erkrankung mit einer Ohrenerkrankung zu einer Fehldiagnose geführt hat. Die ca. 58 Jahre alte Tin Wask erscheint in der Ambulanz des Krankenhauses mit linkseitiger Facialisparalyse, Zungenatrophie derselben Seite und ebensolcher Stimmbandlähmung. Gleichzeitig besteht seit Jahren eine Eiterung aus dem linken Ohr und Blutungen aus demselben. Das Ohr ist vollkommen ausgefüllt von einem Polypen, der spontan und bei Berührung heftigst blutet. Dicke Kompressionsverbände wurden rasch durchblutet. Das Alter der Patientin mit diesem letzteren Faktum zusammen verleiteten zur Annahme eines Karzinoms der Schädelbasis. Eine Operation wurde abgelehnt. Ein Jahr darauf erschien Patientin wieder, genau in demselben Zustande, ohne in der Zwischenzeit kachektischer geworden zu sein, liess sich jetzt die Ohrgeschwulst unter kolossaler 3 Tage dauernder Blutung abtragen. Die mikroskopische Untersuchung erwies nur Bindegewebe — das gewöhnliche Bild eines Ohrpolypen. Da bestand also kein Zusammenhang zwischen der Facialislähmung, sowie der Ohreiterung einerseits und der Zungenatrophie und der Stimmbandlähmung andererseits. Einen zweiten ähnlichen Fall kann V. leider nicht vorstellen, weil die Patientin nicht erschienen war. Ob er dies Krankheitsbild für eine Bulbärparalyse zu halten berechtigt ist, das zu entscheiden, muss er den Nervenärzten überlassen.

(Autoreferat).

Dr. Mandelstamm I. meint, die von Dr. Schwartz angeführten Flecken in der Umgebung des Sehnerven seien wohl nichts anderes, als Plaques von markhaltigen Nervenfasern, wie sie als Geburtsanomalie gar nicht selten vorkämen, ohne zu diagnostischen Schlüssen zu berechtigen.

Dr. Zwingmann: Im besagten Falle handelte es sich nicht um jene von Dr. Mandelstamm gemeinten Plaques, sondern um ein streifiges Aussehen im Gebiete der ersten Ausbreitung der Retinalgefässe. — Dieses Phänomen, gleichfalls bedingt durch spärliche, aus der Fötalperiode persistierte, markhaltige Nervenfasern in der Nähe der Papilla optica, kämen oft bei Hyperopie vor, hätten aber mit Neuritis opt. nichts zu tun.

In vorliegendem Falle sei die Beteiligung des N. trochlearis zweifelhaft, die Abduzenslähmung allerdings sicher vorhanden.

Für die Beteiligung auch anderer Augenmuskeln würde die Tatsache sprechen, dass hier die Doppelbilder nicht parallel zu einander stehen, sondern sich das eine Bild tiefer als das andere befindet.

Pat. habe sich scheinbar gebessert, denn sein Blick sei freier geworden. Die Doppelbilder waren auf 20″ gleichnamig, zwischen 20″ und 8″ fand eine Vereinigung derselben statt; von 8″ wurden sie divergent.

Was die Lokalisation betrifft, so müsse der Sitz — da es sich offenbar um Kernlähmung handele — in die Schicht unter den Vierhügeln und dem Aquaeductus Sylvii verlegt werden.

Dr. Ed. Schwarz betont die grosse diagnostische Schwierigkeit für den Fall II. Einerseits sei das Vorhandensein eines Tumors im linken Ohr, der von dort bis zur Schädelbasis durchgewachsen, als Erklärung für das ganze Symptomenbild ausreichend, andererseits spräche der Stillstand des Prozesses gegen eine solche Annahme. Wechselnde Augenmuskellähmungen zugleich mit Hemiatrophie der Zunge kämen gelegentlich auf neuritischer Grundlage vor. Redner hat einen solchen Fall, der unter Salicylsäure und Galvanisation zurückging, selbst beobachtet.

Was den Fall I betrifft, so sei die Vermutung einer hereditären Lues sehr verlockend, andererseits sehe der Knabe sogar nicht darnach aus, so dass ein Tumor vielleicht doch wahrscheinlicher erscheinen dürfte. In einer der letzten Nummern der Schmidt'schen Jahrbücher finde sich eine gute Abhandlung über heredit. Lues, die Redner empfehlen zu müssen glaubt.

Dr. v. zur Mühlen fragt Dr. Voss, ob in seinem Falle neben der Stimmbandlähmung auch eine Beteiligung der Mm. trapezius und sterno-cleido-mastoideus vorliege? Es wäre dies interessant in Rücksicht auf die moderne Auffassung, nach der bei der Innervation des Kehlkopfes nur der Vagus, nicht aber der Accessorius in Frage käme.

Die Frage wird verneint.

Dr. Th. Schwartz spricht sich nochmals für die in seinem Falle wahrscheinliche Diagnose-Lues aus, die bereits ex juvantibus eine wichtige Stütze erfahren habe. Das Vorkommen von Hemiatrophie der Zunge auf neuritischer Basis, wie sie z. B. auch von Remak bei Bleilähmung beschrieben worden, bestreite er keineswegs.

Digitized by Google

Dr. Ed. Schwarz bemerkt zu den Auslassungen Dr. v. Mühlen's, dass in 3 von Gowers beschriebenen Fällen von Basistumoren Lähmung des Gaumens und Stimmbandes auf derselben Seite bestand. Dies spräche zu Gunsten der Innervation der Kehlkopfmuskeln durch den Accessorius.

Dr. L. Schönfeldt hat bei der kurzen Besichtigung des Falles I Nystagmus, Intentionszittern und gesteigerte Patellarreflexe gefunden und fragt Vortragenden, ob die multiple Sklerose differential-diagnostisch auszuschliessen sei?

Dr. Th. Schwartz: Die Steigerung der Reflexe sei unbedeutend, das Intentionszittern nicht mit Sicherheit nachzuweisen: er glaube daher multiple Sklerose ausschliessen zu müssen.

Dr. Zwingmann: Der vorhandene Nystagmus sei diagnostisch nicht verwertbar, da er hier vermutlich angeboren sei.

Dies sei bei Hyperopie, an der Pat. leidet, nichts Auffallendes.

3. Dr. M. Hirschberg demonstriert einige von ihm angefertigte Moulagen, d. s. farbige plastische Darstellungen von Krankheitsbildern:

1) Zuerst eine stark verdickte Balkenblase mit einem beetartig polypösen Tumor um den Blasenhals und die beiden dazu gehörigen Nieren. Diese zeigen Hydronephrose in cystisch entarteten Altersschrumpfnieren.

2) Wird ein typischer Kopf einer mit Lepra tubero-ulcerosa Behafteten demonstriert mit ulcerierter Nasenspitze und Ulcerationen an der Lippenschleimhaut.

3) Endlich wird an der Hand eines Phantoms der Kniehaut über der Kniescheibe das Xanthoma generalisatum tuberosum et planum besprochen. Das Xanthom hat seinen Namen — xanthos heisst gelb — von der verschieden nuancierten gelben Farbe der kleinen flachen in oder über der Haut gelegenen kleinen und grösseren Tumoren — Xanthoma planum oder tuberosum. Die fleckigen Xanthome kommen als vereinzelte am inneren Augenwinkel häufiger vor. Das generalisierte Xanthom verteilt sich so, dass an den Streckseiten die Knötchen sitzen und an den Beugeseiten — der vola manus und planta pedis — die diffusen fleckigen Infiltrate. Das generalisierte Xanthom vergesellschaftet sich häufig mit Ikterus, einer eigenartigen Cirrhose der Leber, oder der Bauchspeicheldrüse (Diabetes), doch sind davon die Pseudoxanthome (Darrier) bei Diabetes histologisch zu trennen. Bei der histologischen Behandlung dieser Tumoren mit Osmiumsäure findet man eine dichte geschwulstige Infiltration mit eigenartig metamorphosierten Fettzellen, den sogenannten Xanthomzellen: Maulbeerartige Zellen mit einem oder mehreren Kernen und schwarzen auf Fett zu beziehenden Schollen. Alkoholbehandlung ist hierbei ungeeignet, weil Alk. das Fett extrahiert. Die Moulage und das Photogramm sind von einem 18-jährigen Jungen gewonnen, dessen Habitus zwerghaft und unentwickelt war. Seine Haut ikterisch, an den Ellenbogen und Knien (Streckseite) Knötchen, an den volae manus und plantae pedum diffuse Xanthomatose. Die Leber überragt um zwei Finger den Rippenbogen, ihre Oberfläche erbsig durchzufühlen. Gallenfarbstoffe im Harne; Pat. ging ein unter Erscheinungen eines Ascites. Xanthome hatten sich in einem Jahre, Ikterus in einem ½ Jahr entwickelt.

Bezüglich der Aetiologie giebt es eine Menge von Theorien:

1) Das Blut Xanthelasmatischer enthalte Fett und Cholestearin, das sich ablagere (Quinquand).

2) Ikterus ist nicht Ursache, sondern Coeffect durch gleichzeitige Xanthome in den Gallenwegen — aus unbekannten Ursachen entstehe die Xanthomatose (Kaposi, Hallopeau), vielleicht durch ein reizendes Prinzip in den Gewebsflüssigkeiten. (Chambard).

3) Erblichkeit (Köbner) und „Congenität, Xanthoma juvenile, — (Fox, Lehzen) gleichzeitiges Vorhandensein anderer kongenitaler Fehler — Zwergwuchs, infantiler Habitus (cf. den mitgeteilten Fall).

4) Tonton: Eine Geschwulst im Sinne der Cohnheimschen Theorie aus embryonalen Keimen. Aehnlich Waldeyer's Meinung: aus persist. embryonalen Bindegewebszellen.

5) Told-Flemming: Aus nicht bekannten Ursachen kann jede Zelle in Fett oder Xanthomfettzellen übergehen.

6) Nach Unna endlich (nicht allgemein acceptiert) sind die Xanthome Stauungsgeschwülste ohne Zellenbildung in präformierten Lymphspalten der Haut.

(Autoreferat.)

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Dem früheren älteren Chirurgen des St. Petersb. Nikolai-Kinderhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Victor Severin, welcher vor kurzem nach 30 jährigem Dienst an diesem Hospital auf eignes Ersuchen verabschiedet wurde, ist der Geheimratstitel Allerhöchst verliehen worden.

— Die hiesige Russische Chirurgische Pirogow-Gesellschaft hat in ihrer Jahresversammlung den Professor J. Metschnikow vom Pasteurinstitut in Paris und Dr. Botschkow zu Ehrenmitgliedern gewählt.

— Der bekannte Direktor des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a/Main, Prof. Dr. Paul Ehrlich, ist von der Académie de médecine in Paris zum auswärtigen Mitgliede ernannt worden.

— Der schon vor längerer Zeit zum Präsidenten der St. Petersburger städtischen Hospitalkommission gewählte Stadtverordnete Dr. M. Petrunkewitsch ist in diesem Amte bestätigt worden.

— Der Korpschirurg des IV. sibirischen Armeekorps und Konsultant des Wladikawkasschen Militärhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Ssaltykow, ist der erstgenannten Stellung enthoben worden.

— Zum Gehülfen des Kursker Gouvernements-Medizinalinspektors ist der bisherige Polozker Kreisarzt Dr. Ssemenow ernannt worden.

— Der Konsultant des St. Olgahospitals, Arzt des Armenhauses zum Gedächtniss des Zesarewitsch Nikolai Alexandrowitsch und ausseretatmässiger Arzt bei der ambulatorischen Heilanstalt der Heil. Dreifaltigkeits-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, wirkl. Staatsrat Dr. Keldysch, ist zum Konsultanten für Nervenkrankheiten beim St. Olgahospital ernannt worden, unter Belassung in den übrigen von ihm bekleideten Stellungen.

— Als Privatdozent für Chirurgie an der Tomsker Universität hat sich der Ordinator der dortigen chirurgischen Klinik Dr. W. Dobromyssslow habilitiert.

— Verstorben: 1) Am 22. Mai in St. Petersburg der Bezirksarzt der Hauptpalaisverwaltung, Staatsrat Dr. Julius Ferchmin, im Alter von 70 Jahren. Der Verstorbene stammte aus den Ostseeprovinzen, hatte seine medizinische Ausbildung aber an der mediko-chirurgischen Akademie in St. Petersburg erhalten, an welcher er i. J. 1862 den Kursus absolvierte. Von seiner fast 43-jährigen ärztlichen Tätigkeit in St. Petersburg entfällt der grösste Teil auf seinen Dienst im Hofressort. 2) Am 27. Mai zu Poltawa der Arzt am dortigen Institut für adelige Fräulein, Staatsrat Dr. Eduard Meyer, im 71. Lebensjahre. Zu Karolen-Pastorat bei Walk als Sohn eines lutherischen Predigers geboren, bezog der Hingeschiedene 1854 die Dorpater Universität, an welcher er mit Unterbrechung bis 1860 Medizin studierte und der Korporation «Livonia» angehörte. Den Doktorgrad erlangte er im Jahre 1861 und die Würde eines Accoucheurs im nächstfolgenden Jahre in Dorpat. Seine praktische Tätigkeit begann M. als Assistent an der gynäkologischen Klinik in Dorpat, setzte dann seine Studien in Berlin, Prag, Paris und Wien fort und wurde nach der Rückkehr aus dem Auslande 1864 Arzt auf dem Güterkomplex der Grossfürstin Helene Pawlowna im Gouv. Poltawa (Karlowka). Von dort siedelte er 1870 nach Poltawa über, wo er sich als Frauenarzt niederliess und seit 1875 auch als Arzt am örtlichen Fräuleininstitut fungierte. 3) In Charkow der Landschaftsarzt aus dem Kirchdorfe Taranowka (Gouv. Charkow) Dr. Stephan Demjanow im Alter von 53 Jahren. Obschon der Verstorbene 25 Jahre als Arzt tätig gewesen, so hat er doch seine Frau mit drei Kindern ganz mittellos hinterlassen. 4) In Pjatigorsk der dortige freipraktizierende Arzt Alexander Grabowski im 65. Lebensjahre nach 37-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er ist von seinem früheren Diener Ingush ermordet worden.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Dieser Tage passierte der Oberarzt am Roten Kreuz (früher bekanntlich Chefarzt des Livländischen Lazaretts im Fernen Osten), Dr. Walter v. Oettingen, mit seiner Gemahlin, vom Kriegsschauplatze kommend, die Stadt Jurjew

Digitized by Google

(Dorpat). Wie die «Nordl. Zeitung» erfährt, hat Dr. v. Oettingen einen Urlaub auf drei Monate genommen.

— Aus Reval ist neuerdings der dortige freipraktizierende Arzt Dr. L. Haudelin zum aktiven Dienst einberufen worden und hat sich nach Omsk zu begeben.

— Der Revalsche Sanitätsarzt Dr. W. Heidenschild, welcher vor kurzem die Einberufungsorder zum aktiven Dienst erhalten hatte, ist, wie die «Rev. Ztg.» hört, auf ärztliche Untersuchung hin zurückgestellt worden.

— In japanische Gefangenschaft geraten sind nach der Seeschlacht bei Tsushima folgende Marineärzte: 1) Dr. Sergius Wittenburg, Oberarzt vom Panzerschiff «Nikolai I»; 2) Dr. Konst. Herzog, Oberarzt vom Kreuzer «Dmitri Donskoi»; 3) Dr. Alex. Awrorow, vom Linienschiff «Orel»; 4) Dr. Ed. Schummer, vom Panzerschiff «Apraxin»; 5) Dr. Alex. Loboda, vom Kreuzer «Wladimir Monomach».

— Der einberufene Pernausche Arzt Dr. E. Sintenis, welcher behufs Prüfung seiner Tauglichkeit zum aktiven Dienst ins Dünaburger Militärhospital abkommandiert war, ist jetzt endgültig vom Militärdienst befreit worden.

— Ueber die chirurgische Geschicklichkeit der Japaner, die jetzt für die russischen Seeleute von besonderem Interesse ist, hat ein berufener Sachverständiger, Dr. Frederik Treves, der Leibarzt des englischen Königs, sein Urteil abgegeben. Treves hat sich selbst kürzlich eine Zeitlang in Japan aufgehalten und ist nach seiner Angabe erstaunt gewesen über den Grad, in dem sich die Japaner den Standpunkt der europäischen Medizin und Chirurgie zu eigen gemacht haben. Es sei schwer, den wunderbaren Fortschritt der Japaner in der ärztlichen Organisation für Kriegszwecke überhaupt zu begreifen. Viele der Probleme, die den Schrecken des Krieges in europäischen Ländern gebildet haben, seien von den Japanern gelöst oder doch erfolgreich in Angriff genommen worden. Englische Truppen träten mit vielen Bestimmungen in einen Krieg ein, von denen eine zu sein schiene, dass sie 10 v. H. Kranke haben müssten, denn sie bekämen sie in der Tat. Die Japaner seien ganz zufrieden mit einem Prozent an Kranken, und sie bekämen auch wirklich nicht mehr. Der Japaner vereinige alle Eigenschaften eines Chirurgen in sich, namentlich besitze er unendliche Geduld und unendliche Zartheit.

Standesangelegenheiten.

— Die Aerzte des Moskauer Gouvernements haben sich, wie das Moskauer Blatt «Russ. Listok» erfährt, solidarisch verpflichtet, in den Ausstand zu treten, falls einer von ihnen wegen Weigerung an den nach dem Reglement vom Jahre 1903 organisierten Sanitätskommissionen zur Bekämpfung der Cholera teilzunehmen, einer administrativen Repressalie unterzogen werden sollte.

— Der Privatdozent für allgemeine Pathologie an der Odessaer Universität Dr. Leo Tarassewitsch ist durch Verfügung des Kurators des Odessaer Lehrbezirks aus politischen Gründen seines Lehramtes enthoben worden.

— General Kowalëw, der bekanntlich wegen Misshandlung des Arztes Sabussow unter Gericht gestellt wurde, hat sich der nahe bevorstehenden nochmaligen Verhandlung seines Prozesses durch Selbstmord entzogen. Er hat sich am 16. Mai in einem Hôtel auf der Station Gulkewitschi der Wladikawkas-Bahn erschossen. Auf wie niedriger Stufe das Rechtsbewusstsein dieses Mannes, der doch ein verantwortliches Amt bekleidete, stand, beweist ein von ihm angesichts des Todes geschriebener und in der «Now. Wr.» veröffentlichter Brief, in welchem er sein rohes Verfahren gegen Dr. Sabussow durchaus nicht für schimpflich hält und sich in allem Ernst als ein unschuldiges Opfer der Presse hinstellt, die sich bekanntlich bei dem freisprechenden Urteil des Militärgerichts nicht beruhigte und mit ihrem Verlangen nach Ahndung der empörenden Gewalttat Kowalews auch schliesslich Erfolg hatte.

— Dr. Johann Lahmann, dessen Ableben wir in der vorigen Nr. meldeten, gehört zu den wenigen Aerzten, denen es beschieden gewesen ist, durch ihre ärztliche Tätigkeit ein grosses Vermögen zu erwerben. Ein Vermögen aber, wie Dr. Lahmann es hinterlässt — es wird auf 8 Millionen Mark (gegen 4 Mill. Rubel) geschätzt —, dürfte als Ertrag einer verhältnissmässig nicht langjährigen ärztlichen Praxis wohl einzig dastehen, denn Dr. Lahmann ist nur 45 Jahre alt geworden und hat nicht einmal volle 25 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt. Ohne hier die wissenschaftlichen Bedenken, die gegen L's Behandlungsmethode erhoben worden, zu berühren, wollen wir die Tatsache konstatieren, dass Lahmann es verstanden hat, sein i. J. 1887 auf dem «Weissen Hirsch» gegründetes Sanatorium aus bescheidenen Anfängen zu einer mustergültigen Heilanstalt von Weltruf zu machen und dieses in erster Linie seinem feinen Blick für die Kranken, seiner scharfsinnigen Diagnose und seiner geschickten Individualisierung in der Behandlung verdankte. Von dem Umfange des Betriebes kann man sich einen Begriff machen, wenn man hört, dass das Sanatorium mit seinen 12 Dependencen den gleichzeitigen Aufenthalt von ca. 3500 Personen gestattet und ausser dem Chefarzt in demselben 4 Oberärzte, 3 Assistenzärzte, ein Hülfsarzt und eine Hülfsärztin tätig sind. L's jährl. Einkommen soll in manchen Jahren über 700,000 Mark betragen haben. Wie verlautet, wird das Lahman'sche Institut, das einen Wert von etwa 8 Millionen Mark repräsentiert, in unveränderter Form fortgeführt werden, bis seine 2 ältesten Söhne ihr med. Studium beendet haben und die Anstalt selbständig übernehmen können.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der in Tilsit (Preussen) verstorbene Arzt, Sanitätsrat Dr. Goburrek hat ein Kapital von 250,000 Mark testamentarisch hinterlassen, mit der Bestimmung, dass von den Zinsen desselben zinsfreie Darlehen an Medizin studierende Frauen gewährt werden.

— Am 26. Mai fand hier die Eröffnung des städtischen Kinderhospitals zum Andenken an die heilige Krönung Ihrer Kaiserlichen Majestäten statt. Das neue Hospital ist nach dem Pavillonsystem am Grossen Samsonjewschen Prospekt erbaut und verfügt über 400 Betten in 18 Gebäuden. Das beständige Dienstpersonal besteht aus 250 Personen. Die Kosten des Baues und der inneren Einrichtung belaufen sich auf 1,700,000 Rbl.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. Mai d. J. 9588 (31 mehr als in d. Vorw.), darunter 930 Typhus — (21 wen.). 874 Syphilis — (0 mehr), 277 Scharlach — (15 mehr), 115 Diphtherie — (3 wen.), 133 Masern — (8 wen.) und 37 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15. bis zum 21. Mai 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
461	324	785	146	101	150	18	14	25	64	61	60	47	51	34	10	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 6, Typh. abd. 32, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 40, Scharlach 14, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 6, Grippe 7, Katarrhalische Lungenentzündung 91, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 78, Tuberkulose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 39, Krankheiten des Verdauungskanals 80, Totgeborene 36.

Digitized by Google

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Rationelle Heilung durch Phosphor

RHOMNOL

(jede Pille enthält 0,05 Gr.).

dessen Hauptbestandtheil reine Nucleinsäure ist, von Dr. Leprince hergestellt.

$C^{40}, H^{54}, Az^{14}, O^{27}, P^{4}.$

Erprobt: bei Phosphaturie, Neurasthenie, Rachitis, Blutarmut und Alterschwäche.

Gebrauchsanweisung: 4—10 Pillen während der Mahlzeit.

Dr. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.

Erhältlich in allen besseren Apotheken. (33) 12—7.

Kgl. BAD KISSINGEN. (48) 10—6.

Bäder vom 15. April bis 1. November.

Weltberühmte eisenhaltige Kochsalzquellen (Rakoczy, Pandur, Maxbrunnen, Bockleter, Stahlwasser (phosphorarsenhaltig), Sole mit reichstem Kohlensäuregehalt für Trink- und Badekuren. Hervorragende Heilerfolge bei Magen-Darmerkrankungen; Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane (Asthma, Emphysem), Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit, Bleisucht, Frauenkrankheiten.

Versand sämtlicher Mineralwässer durch die Verwaltung der Königl. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet. Aufschlüsse über alle Anfragen unentgeltlich vom **Kurverein Bad Kissingen.**

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.**

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—8.

Bad Roncegno

(Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe. Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

Lebensposition!
Für Arzt, der heiraten will!
Mein Freund,

ein weltberühmter Spezialist

in Deutschland, Besitzer einer Anstalt, (*Goldgrube!*) ist nicht abgeneigt zu seiner Entlastung und ev. wegen weiteren Unternehmens sich mit

jüngerem, soliden Arzt,

anständigen, ruhigen Charakters, welcher sich ungefähr gleichmässig beteiligen kann, zu assoziieren, dem dadurch hohes Einkommen und Lebensposition geboten wird. Offerten und J. D. 6422 beförd. Rudolf Mosse Berlin SW.

Dr. med. Lots Kuranstalt

f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. R.
Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien.

Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. Illustrierte Prospekte.

Friedrichroda i. Thür.

Dr. Schuster,

praktischer Arzt und Inhaber eines Kurhauses (Indiv. kurgem. Diät.)

BAD NAUHEIM.

SASSNITZ.

Ostseebad auf Rügen.

Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die Bade-Direktion.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Elvine Juckam, Вас. остр., блин. 68, кв. 96.
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.
J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

MARIENBAD ZANDER-INSTITUT.

Modern eingerichtete Anstalt für schwedische Heilgymnastik, Massage, elektr. Lichtbäder, Trocken-Heissluft-Verfahren; Vorzügliche Unterstützungsmittel der Marienbader-Kuren.

Besitzer und ärztlicher Leiter (75) 6—5.

Dr. Med. EDUARD KRAUS.

Digitized by Google

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche“

à 0,5 gr bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Thigenol „Roche“

Synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organ. gebundenem Schwefel.

Braune, dicksyrupöse, geruch- u. geschmacklose, ungiftige Flüssigkeit.

Vorteile: *Gegenüber dem Ichthyol und seinen sonstigen Surrogaten:* Leicht resorbierbar, wirkt nicht reizend, sondern milde, juckreiz- und schmerzlindernd, lässt sich leicht mit Wasser abwaschen und fleckt nicht die Wäsche.

Indikationen: und Verordnung: ***Ekzem,*** rein oder 20% Salbe (sofortige Abnahme des Jukkens, des Nässens und der Infiltration); ***Pruritus*** und ***Urticaria*** (sofortige juckstillende Wirkung); parasitäre Dermatosen wie: ***Scabies*** (Einreibung mit grüner Seife, nach 1 Stunde Bad, vollständige Einreibung mit Thigenolum purum, abends 2. Thigenoleinreibung. In 2 Tagen Heilung); ***Favus*** etc.: ***Akne;*** gynäkologischen Affektionen wie: ***Endo-, Para-*** und ***Perimetritis, Beckenexsudate,*** als 10—20% Thigenolvaginaltampons oder Suppositorien à 0,30; ***Rheumatismus*** (Einreibungen mit Thigenol, Chloroform ãã 10.0, Spir. camphor 40,0); ***Erysipel*** (pur oder 10% Salbe) ***Ohrenkrankheiten*** (als 10—20% Spiritus); ***Fissura ani, Haemorrhoiden*** etc.

Alleinige Fabrikanten:
F. Hoffmann-LaRoche & Cie., Fabrik chem.-pharm. Produkte.
Basel (Schweiz) ✱ ***Grenzach*** (Baden).
Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate
Eisen- u. Bromprotylin „Roche“.

Arsylin „Roche“

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Sulfosotsyrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Airol „Roche“

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche“

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства. ✱ ✱

Совершенно не раздражаетъ. ✱ **Охотно принимается.** ✱ **Хорошо усваивается.** ✱ **Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.**

Покорнѣйше просимъ прописывать **САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ** во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

Kissingen Dr. C. Dapper's ✱ Sanatorium ✱

„Neues Kurhaus“ für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle). **Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankeiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember.** Prospekte.

Aerzte: **Dr. C. Dapper** (Besitzer). — **Dr. F. Dengler.** (60) 14—5.

Digitized by Google

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

EUCHININ

Entbittertes Chinin, gleiche Heilwirkung wie letzteres bei **Fiebern, Influenza, Typhus, Keuchhusten, Malaria** und **Neuralgie.**

VALIDOL

Energisches und dabei reizloses **Analepticum, Antihystericum, Antineurasthenicum** und **Stomachicum**; ferner gutes Mittel gegen **Seekrankheit.**

VALIDOL-PERLEN

Enthaltend je 0,2 gr. **reines Validol**, empfehlen sich der **sicheren Dosierung** halber, lösen sich sofort im Magen.

(5) 4—4

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16.

(64) 10—4.

NATÜRLICHE MINERALWASSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und **bezeichne genau die Quelle.**

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme.

(63) 18—3.

Anthrasol (Knoll)

Entfärbter Teer.

Besonders juckstillend und keratoplastisch. Anwendung wie gewöhnlicher Teer.

Styptol (Knoll)

Uterines Haemostaticum.

Vereinigt die blutstillende Wirkung des Cotarnins und der Phtalsäure.

Literatur und Proben kostenlos!

KNOLL & Co. • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Natürliche Mineralwässer

KISSINGEN

Rakoczy, Pandur, Bitterwasser } eisenhaltige Kochsalzquelle, weltbekannt bei Stoffwechselkrankheiten und Cirkul.-Störungen.........

Maxbrunnen —— diätetische Tafelwasser mit diuretischer Wirkung.

Bockleter Stahlbrunnen —— phosphorarsenhaltig, unübertroffen bei Anämie.....

Kissinger Badesalz —— zu Kissinger Bädern im Haus........

Aerzte erhalten Vorzugsbedingungen sowie Proben kostenfrei. Ueberall erhältlich, sowie durch direkten Bezug

Verwaltung der k. Mineralbäder Kissingen & Bocklet.

(71) 6—6.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau **L. A. Bogoslowskaja**, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Frau **Minna Rieser**, geb. **Franke**. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Xeroform

Bester Jodoformersatz. Im Gebrauch geruchlos, keimfrei, ungiftig selbst bei innerlicher Darreichung grosser Dosen als Darmantiseptikum. Schmerz- und blutstillend, nicht reizend, kein Ekzem erzeugend. Kräftiges Desodorans, eminent austrocknend und epithelbildend. **Spezifikum bei ulcus cruris, intertrigo, nässenden Ekzemen, Verbrennungen.** Sparsamer Verbrauch, daher billig in der Anwendung.

Bruns'sche Xeroform-Paste. (20) 11—6.

Creosotal

Creosotal „Heyden" ist nicht nur bewährtestes **Antiphthisikum,** sondern auch **Spezifikum,** bei nicht tuberkulösen Infektionskrankheiten der Luftwege. **Rapide Heilung von Pneumonie** (auch Broncho-, Masern-, Influenza-, Diphtherie-Pneumonie) durch grosse Dosen Creosotal: 10 bis 15 g pro die in 4 Portionen, bei Kindern Tagesdosis 1 bis 6 g.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Pankreon D. R. P. 128419.

Gegen die Magenverdauung widerstandsfähiges Pankreatin.

Natürliches Digestivum und Stomachicum, ohne schädliche Nebenwirkung auch bei dauerndem Gebrauch.

Rp. Pankreon in tabul. 0.25 (Originalpackung Rhenania) dent. tal. dos. 25. 50. 100. 200.

S. Täglich 4—12. Tabletten während des Essens zu nehmen. Für Kinder die Hälfte.

Indikation: Alle dyspept. Erkrankungen, Spezificum bei Steatorrhoe, chron. und nervöser Diarrhoe, Hyperemesis, Appetitlosigkeit, Druckbeschwerden.

Für Säuglinge: Rp. Pankreon. saccharat. in tabul. 0.25 (Pankreonzucker Rhenania) dent. tal dos. 100. — S. 2—8 Tabletten zu jeder Trinkportion. Indikation: Ernährungsstörungen jeglicher Art, speziell Durchfall, sowie zur Kräftigung und Hebung des Körpergewichts.

(34) 7—5. **Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.**

Durch die Apotheken zu beziehen. Ausführliche Literatur auf Wunsch zur Verfügung.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw,** Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

BAD HALL (Oberösterreich).

Jodbromband I. Ranges.

Aelteste und heilkräftigste Jodquelle in Europa.

Gegen Frauenkrankheiten, Exsudate, chronische Entzündungen, Scrophulose, Syphilis erworbener oder ererbter Natur und deren Folgekrankheiten, Gicht, Rheumatismus etc. etc.

Modernste Kurbehelfe. Auskünfte erteilt **die Badeverwaltung.**

(39) 6—6.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

BERLINER DOCENTENVEREIN FÜR ÆRZTLICHE FERIENKURSE.

Der nächste Cyklus des Berliner Docentenvereins für ärztliche Ferienkurse beginnt am **2. Oktober 1905** und dauert bis zum **28. Oktober 1905.**

Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und Auskunft erteilt Herr **Melzer** (Berlin), Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

(82) 2—1. Prof. Dr. **J. Hirschberg,** Geh. Med.-Rat, Vorsitzender.

Dieser № liegen zwei Prospekte über «**Tannalbin bei Diarrhöen der Kinder.**» und «**Antiquarisches Angebot aus der Bibliothek eines Arztes.**» bei.

Дозв. ценз. Спб., 3 Іюля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
JUL 24 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 23 St. Petersburg, den 11. (24.) Juni. **1905.**

Inhalt: Dr. Bernt Lönnqvist: Kriegs-chirurgische Erfahrungen vom russisch-japanischen Kriege. (Schluss.) — Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. August 1904. — Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau. (Schluss.) — XXII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Kriegs-chirurgische Erfahrungen vom russisch-japanischen Kriege.

Vortrag, gehalten in der finnländischen Aerztegesellschaft zu Helsingfors am 29. Januar 1905.

Von
Dr. Bernt Lönnqvist.
(Helsingfors.)

(Schluss).

Recht häufig traf man verschiedenartige Läsionen des peripheren sowohl als auch des zentralen Nervensystems. Von peripheren Nerven, welche lädiert waren, fand sich Läsion des Plexus brachialis mit so gut wie vollständiger motorischer und sensibler Lähmung des Armes. Ferner fanden sich Lähmungen des Nervus ulnaris, wie auch eine Lähmung des Plexus sacralis. Im letzteren Falle besonders, wo so gut wie vollständige Lähmung des Beines bestand, trat deutliche Besserung ein. Recht eigentümlich war in 2 Fällen das Bild reiner Neuritiden. Mehrere Tage nach dem Schusse entstanden im Gebiete der affizierten Nerven mehr oder weniger heftige Schmerzen von intermittierendem Charakter und steigerten sich bei Bewegungen des affizierten Körperteiles. Die Wunden waren in den Weichteilen belegen, zurückgebliebene Teile von Projektilen waren nicht vorhanden.

Der eine Fall betraf einen Kapitän, der eine Chunchusenkugel durch die Wade erhalten hatte. Als er ins Krankenhaus aufgenommen wurde, war die Wade geschwollen und gerötet, aus den beiden bohnengrossen Wunden floss Eiter. Etwa eine Woche später stellten sich starke Nervenschmerzen ein, sowohl den Schenkel hinauf, als den Fuss hinab, und waren bei Druck auf den Nervus ischiadicus ganz besonders intensiv. Die Wunden heilten binnen kurzem, die Nervenschmerzen nahmen ab, ohne gleichwohl völlig aufzuhören.

Der zweite Fall betraf einen Kapitän, der eine Schrapnellkugel durch die Wade erhalten hatte. Die Kugel, welche sich unter der Haut befunden hatte, war auf dem Verbandpunkte herausgenommen worden. Der Patient bekam etwa 1 Woche nach der Verwundung schwere Nervenschmerzen im Unterschenkel und Fusse. Diese waren zeitweise so intensiv, dass der Patient, ein grosser, robuster Mann, förmlich heulte. Die Wunden heilten auch hier in kurzer Zeit, die Schmerzen nahmen vielleicht einigermassen ab. Nach 10-tägigem Aufenthalte im Krankenhause reiste Pat. nach Europa ab. Eine von den eitrigen Wunden ausgehende Infektion ist wohl als Ursache dieser Neuritiden anzusehen [1]).

Von allen Patienten, welche ich in der Lage war zu beobachten, waren die mit Läsionen der Wirbelsäule und des Rückenmarks die bedauernswertesten. Die meisten derselben, junge, kräftige Leute, waren jetzt und für alle Zeit an das Schmerzenslager gefesselt. Ihre einzige Rettung schien ein baldiger Tod zu sein, der sie von einem qualvollen Dasein befreien sollte.

Die modernen Gewehrkugeln durchbohren mit grösster Leichtigkeit spongiöse Knochenteile. Eine Commotio medullae spinalis konnte man früher häufig antreffen, nunmehr ist mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass bei Lähmungen nach Schüssen in die Wirbelsäule schwere Läsionen des Rückenmarks bestanden. Verwundungen des Rückenmarks wurden in 9 Fällen beobachtet. Von diesen betraf 1 den Halsteil, 7 den Brustteil und 1 den Lumbalteil des Rückenmarks. In den meisten Fällen war das Rückenmark in frontaler Richtung durchschnitten. Bei keinem war eine Deformität der Wirbelsäule zu palpieren. Alle Fälle verliefen letal in 2—20 Tagen. An keinem dieser Patienten wurden operative Eingriffe vorgenommen. Küttner sagt auf Grund seiner Erfahrungen aus dem Burenkriege u. a., dass man kaum je einen zur Operation geeigneten Fall finden wird. Denn leichte Läsionen heilen ohne weiteres und bei den schwereren hat eine Operation keinen Effekt. Die grössten Aussichten für das Gelingen eines operativen Eingriffes böte eine durch Knochensplitter verursachte Kompression bei unbedeutenden Veränderungen in der Medulla, aber bei den neuen Gewehren scheint dies ebenso selten vorzukommen wie eine Kompression durch Blutung ohne schwerere Lädierung des Rückenmarks.

Ebenso wie die Rückenmarksläsionen waren auch die Gehirnschäden von schwerer Beschaffenheit. Die meisten Patienten waren mehr oder weniger verwirrt und apathisch. Eine genaue Anamnese war daher nicht zu er-

[1]) Aehnliche Beobachtungen wurden auch im Burenkriege gemacht, u. a. von Flockemann, T. Ringel und J. Wieting.

Digitized by Google

halten, wesshalb auch der Abstand, aus welchem der Patient verwundet worden war, in den meisten Fällen unbekannt blieb.

In den Fällen, wo sich der Schusskanal in der Nähe der Zentralwindungen befand, bestanden ausgeprägte Herdsymptome. Auch konnten bei Schusswunden im hinteren Teile des Kopfes Sehstörungen konstatiert werden. Bei 2 Pat. mit Schüssen durch das Stirnbein waren die Symptome recht unbedeutend.

Der eine, bei dem die Kugel im Kopfe zurückgeblieben war, klagte nur über Kopfschmerzen. Der zweite, der sowohl die Eingangs- als Ausgangsöffnung (beide aber gross), sieben cm. von einander entfernt, in der Stirn hatte, war etwas stumpf und apathisch, aber völlig mobil. Bei zwei anderen Patienten, wo der Schusskanal die motorischen Regionen tangiert hatte, waren die Knochenläsionen unbedeutend. Der eine von ihnen hatte über der linken motorischen Region eine etwa 1 × 05 cm. grosse Wunde (keine Ausgangsöffnung). Der Patient, welcher eine vollständige rechtsseitige Lähmung mit Aphasie zeigte, verstand alles, was man zu ihm sprach und befand sich im übrigen ziemlich wohl. Der zweite Patient, welcher eine Schusswunde durch den Parietal-Occipitalteil des Schädels erhalten hatte (die Wunden erbsengross, 15 cm. von einander entfernt), zeigte eine leichte Lähmung des rechten Armes. Nach Verlauf einer Woche, in welcher Zeit eine deutliche Besserung eingetreten war, wurde Pat. sehr unbändig und musste in ein Militärkrankenhaus übergeführt werden.

Die Knochenläsionen waren jedoch nicht immer so unschuldig wie hier. So kamen Fälle vor, in denen sich Impressionen und Frakturen der Schädelknochen in grosser Ausdehnung und mit schweren Läsionen des Gehirns fanden. Dass solche Fälle letal verliefen, braucht kaum erwähnt zu werden.

Ausser Schussbeschädigungen durch Gewehrkugeln kamen auch solche durch Schrapnellkugeln vor. Bei uns wurden drei behandelt, von welchen einer, bei dem die Kugel ins Gehirn eingedrungen war, letal endete; die beiden anderen genasen.

Der eine von diesen war 12 Tage vorher durch ein Schrapnell verwundet worden und konnte in dem stumpfen und apathischen Zustande, in welchem er sich befand, nichts genaueres über den Hergang berichten. Auf der Grenze zwischen Scheitel und Hinterkopf, 7 cm. von einander entfernt, 2 bohnengrosse, Eiter sezernierende Wunden. Der darunterliegende Knochen frakturiert. Keine Lähmungen. Bei der Trepanation wurde konstatiert, dass der Knochen in der ganzen Ausdehnung des Schusskanals zersplittert war, und dass Gehirnsubstanz herausrann. Der Patient erholte sich recht bald, wurde fröhlich und munter und fühlte sich völlig gesund, er klagte nur über Gesichtsstörungen (Hemianopsie).

Der zweite Fall betraf einen Soldaten, der 4 Tage vorher durch ein Schrapnell verwundet worden war. Hierbei war er gefallen und erlitt eine Lähmung des rechten Beines und Armes (er konnte nicht das Zeichen des Kreuzes machen). Gleich links von der Mittellinie, 20 cm. von der Nasenwurzel, eine bohnengrosse Wunde mit ungleichmässigen Rändern; fast völlige Lähmung des rechten Beines, die Beweglichkeit des rechten Armes etwas beschränkt. Bei Trepanation des Schädels wurde in der Lamina externa ein der Hautwunde entsprechendes rundes Loch gefunden; die Lamina interna in grosser Ausdehnung zersplittert. In der Dura ein erbsengrosses Loch; Blutung. Die Schrapnellkugel war etwa 2 cm. hinter der Wunde gelegen. Heilungsverlauf günstig. Nach 3-wöchentlichem Aufenthalte im Krankenhause konnte Pat. ohne Stock gehen.

Weit günstiger verliefen selbstverständlich Schüsse ins Gesicht. Von den 9 Fällen, welche in unsere Behandlung kamen, endete nur einer tödlich und dieser betraf einen Soldaten, der nach einem Schuss in den Unterkiefer an Sepsis starb. Von den übrigen verdienen 2 besonders erwähnt zu werden. Bei dem einen war die Gewehrkugel durch die rechte Wange hinein und gleich hinter dem linken Ohre herausgegangen, beim zweiten war die Kugel beim linken Nasenflügel eingedrungen und 4 cm. links von der Nackengrube herausgegangen. Beide Patienten erholten sich recht bald.

Was Läsionen der Extremitäten betrifft, so waren alle Uebergänge von einfachen Frakturen zu den schwersten Splitterbrüchen zu beobachten. Da wir keinen eigenen Röntgenapparat besassen, so wurden nur höchst wenige Fälle mit X-strahlen untersucht. Wegen der enormen Geschwindigkeit der Kugel und des feinen Kalibers konnte man bei Schusswunden in spongiöse Knochen, wie die Epiphysen, nur «Lochschüsse» erhalten. Zwei derartige Fälle kamen zur Beobachtung: das eine Mal mit einem Lochschuss in der unteren Epiphyse des Radius, das zweite Mal in der unteren Epiphyse der Tibia. Gleiche Befunde wurden ferner in 2 Fällen bei Schüssen durch die Scapula und die Rippen beobachtet. Nur ein Loch im Knochen zeigte den Weg, den die Kugel genommen hatte.

Bei Diaphysenschüssen war die Wirkung der Kugel weit ernster. In einigen Fällen war der Knochen allerdings unbedeutend zersplittert, in den meisten Fällen hingegen war die Fraktur von der schwersten Beschaffenheit. Ich erinnere mich speziell zweier derartigen Fälle.

Das eine Mal handelte es sich um eine Schusswunde im Oberarme, wo eine schwere Splitterfraktur bestand, im zweiten Falle war bei einer Splitterfraktur des Femur eine grosse Menge von Splittern in die weichen Teile eingedrungen. Während des Aufenthaltes im Krankenhause wurde die Art. fem. arrodiert und musste gleich unterhalb des Poupart'schen Bandes unterbunden werden. Diese Splitterfrakturen entstanden sowohl bei Schüssen aus der Nähe wie aus der Ferne. Ob der Abstand auf die Beschaffenheit der Splitterung einen Einfluss hatte, liess sich aus unseren Fällen nicht beurteilen. Die Wirkungen der Schrapnells auf die Diaphyse waren bisweilen auch recht schwer, gewöhnlich aber waren die Knochenläsionen leichterer Art. Es geschah selbst, dass die Kugel nur eine Aushöhlung im Knochen verursachte, ohne dass die Kontinuität des Knochens dadurch aufgehoben wurde. Nur 2 Amputationen wurden ausgeführt, die eine wegen Zerschmetterung des Oberschenkels, die zweite wegen Gangräns des Unterschenkels. Was die Gelenkschädigungen betrifft, so war ihr Verlauf günstig, weder Arthrotomien noch Resektionen wurden vorgenommen.

Dass die Wirkungen des feinkalibrigen Gewehres human sind, haben wir schon in bezug auf Wunden der Weichteile erfahren, diese Eigenschaft tritt aber vielleicht in noch höherem Grade bei Brust- und Bauchwunden hervor. Mit jeder Verminderung des Kalibers der Gewehre ist auch die Prognose von Lungenschüssen besser geworden. So wunderte man sich 1870 darüber, dass Lungenschüsse durch Chassepotgewehre (11 mm.) günstiger verliefen als solche durch Zündnadelgewehre (13,6 mm.) oder Miniégewehre (18 mm.), und so gutartige Lungenschüsse, wie die durch die modernen feinkalibrigen Gewehre verursachten, sind noch nie beobachtet worden. Wie in früheren Kriegen, gehören auch gegenwärtig Lungenschüsse zu den gewöhnlichsten Verwundungen. Die meisten Patienten empfanden gleich nach der Verwundung schwere Atemnot, gewöhnlich auch Haemoptoe. Bei der Untersuchung frappierten die leichten Symptome, welche die Patienten zeigten. Der Allgemeinzustand war in der Regel gut. Die Ein- und Ausgangsöffnungen der Kugeln waren erbsengross und mit einer Kruste bedeckt. Nur bei zwei Patienten fand sich Hautemphysem, das bei dem einen über den ganzen Rumpf, den Hals und die Arme, bis auf die Fingerspitzen hinunter, ausgebreitet war. Fast alle hatten Blutergüsse in die Pleura und war dies in 5 Fällen Ursache des Todes. In 5 Fällen trat Empyem hinzu, in 2 von diesen Fällen war die Kugel in der Lunge zurückgeblieben. Von 40 Brustschüssen hatten 35 die Lunge durchbohrt, die übrigen bestanden aus solchen, wo das Projektil nur die Thoraxwand beschädigt hatte. Von diesen 35 starben 5, somit betrug die Mortalitätsziffer 14 pCt.

Bei uns kam kein Fall zur Behandlung, wo eine Schrapnellkugel die Lunge durchbohrt hatte, wohl aber solche, wo die Thoraxwand lädiert war. Von diesen führe ich hier einen ungewöhnlicheren Fall an:

Digitized by Google

Soldat, 28 Jahre alt, Aufnahme am 5. Oktober. Am 30. September, in liegender Stellung, durch ein Schrapnell verwundet. 4 cm. oberhalb, ca. Mitte der rechten Klavicula ein bohnengrosse Wunde mit eitrigem Belage. Keine Austrittöffnung. Unbedeutender Erguss in die Pleura, starke Empfindlichkeit im Rücken auf mehreren Rippen. Bei der Untersuchung mit X-strahlen wurde festgestellt, dass die Kugel wenigstens 5 Rippen frakturiert hatte, und dass sie sich auf der Höhe der 7. Rippe, 4 cm. von der Mittellinie befand. Eine Photographie in der Sagittalebene wurde nicht gemacht. Intensive Empfindlichkeit an der Stelle, wo die Kugel sich befand. Da angenommen wurde, dass die Schrapnellkugel dorsal von der Rippe lag und dem Patienten Schmerzen verursachte, so wurde ein operativer Eingriff für berechtigt angesehen. Hierbei ergab sich an der Vorderfläche der 7. Rippe eine kleine Aushöhlung, sowie Querfraktur des Knochens. Die Kugel befand sich nicht dorsal von der Rippe, sondern war bei Palpation mit dem Finger, besonders bei der Exspiration, ein Stück vor der Rippe zu fühlen. Mit Hilfe eines scharfen Löffels wurde die Kugel aufgefangen, worauf eine Hautsutur angelegt wurde. Pat. erholte sich sehr rasch, die Wunde heilte nach einer Woche.

Mancher Chirurg ist sicher ins Feld gezogen in der Hoffnung, Gelegenheit zu haben interessante Laparotomien zu machen, es hat sich jedoch gezeigt, dass die feinkalibrigen Gewehre nur ausnahmsweise Laparotomien nötig machen. In früheren Kriegen gehörten Bauchschüsse zu den schwersten Schussschäden, denn wenn der Tod nicht sofort oder in den nächsten Stunden eintrat, so war doch nahezu in jedem Falle die den penetrierenden Bauchschuss begleitende Peritonitis hoffnungslos. Im deutsch-französischen Kriege betrug die Sterblichkeit der penetrierenden Bauchschüsse 70 pCt. Im Lazarette in Guntschulin fanden 24 Fälle mit penetrierenden Bauchschüssen Aufnahme. Von diesen starben 13, 11 genasen, somit nahezu 10 pCt., 3 Laparotomien wegen penetrierender Bauchschüsse kamen zur Ausführung, alle mit letalem Ausgange; bei zweien fand sich diffuse Peritonitis, beim dritten reichliche Blutung mit stinkendem Eiter im kleinen Becken. In den Fällen, welche genasen, war die Peritonitis mehr oder weniger begrenzt.

Ausserdem wurden noch 2 Laparotomien bewerkstelligt, von denen die eine, mit letalem Ausgange, eine durch eine perforierte typhöse Wunde verursachte Peritonitis betraf. Der zweite Fall, von etwas grösserem kriegschirurgischem Interesse, war in kürze folgender:

Soldat, 24 Jahre alt. Aufnahme am 31. August. Verwundet am 24. August in liegender Stellung durch eine Gewehrkugel aus weiter Entfernung ins rechte Hypochondrium. Ging 1 Werst zum Verbandplatze, wo die Kugel herausgenommen wurde. Im rechten Hypochondrium eine 3 × 4 cm. grosse Eiter sezernierende Wunde. 3 cm. unterhalb dieser eine Operationswunde, durch welche die Kugel herausgeholt worden war. Starke Druckempfindlichkeit der Wunde, so dass selbst die Anlegung des Verbandes schmerzhaft war. Der Leib weich, keine Temperatursteigerung. Nach einigen Tagen reichliche Blutung aus der oberen Wunde, welche, nach Durchschneidung der Hautbrücke zwischen den beiden Wunden, nicht anders zu stillen war, als durch Tamponade. 12 Stunden später stellten sich Schmerzen im Bauche und Erbrechen ein; Pat. stark mitgenommen; Temp. 39,2, 39,6, Puls 120; der Leib aufgetrieben, bretthart, stark empfindlich. Es bestand diffuse Peritonitis, aber wo stammte sie her? Es wurde allerdings gleich an die Eiter sezernierende Wunde im Hypochondrium gedacht, doch war auch die Möglichkeit einer perforierten Appendizitis nicht ausgeschlossen. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleerte sich sero-purulenter, geruchfreier Eiter. Der rechte Seitenteil des Bauches wurde sofort untersucht und ganz richtig war ein kleines, der Schusswunde entsprechendes Loch im Peritoneum zu fühlen; als der Finger zurückgezogen wurde, stiess er auf einen Metallgegenstand und erwies sich derselbe als zerfetzter Mantel einer Gewehrkugel. Bauchtoilette. Mikulicz'sche Tamponade. Pat. wurde am 29. Oktober als Konvalescent entlassen.

Wie kommt es, dass die penetrierenden Bauchschüsse in derartigen Fällen so häufig ohne Operation heilen? Die Ursachen sind u. a. folgende: Die Därme sind mehr oder weniger leer, denn häufig hat der Soldat viele Stunden vor der Schlacht nichts genossen. Bei unseren Patienten wurde beobachtet, dass, in den meisten Fällen mit günstigem Ausgange, die Soldaten durchschnittlich 15 Stunden vor der Schlacht nichts gegessen hatten, während in den Fällen mit letalem Ausgange kurz vor der Schlacht eine Mahlzeit eingenommen war. In einigen Fällen hatte das Projektil den Bauch durchbohrt, ohne die Eingeweide zu beschädigen. In den meisten Fällen dagegen ist der Darm allerdings beschädigt, aber die Perforationen sind so klein, dass sie durch Adhärenzen oder prolabierte Schleimhaut gedeckt werden und heilen. Ganz sicher würde mancher Bauchschuss geheilt sein, wenn nicht der Patient einem langen und schweren Transporte, oft in stossenden Frachtwagen, ausgesetzt gewesen wäre. Es müssten sich ganz in der Nähe des Schlachtfeldes grössere Krankenhäuser finden, welche besonders Patienten mit Bauchschüssen aufnehmen könnten, um sie den schädlichen Einflüssen des Transportes zu entziehen.

Die Wirkungen der russischen Projektile scheinen in der Hauptsache mit den hier mitgeteilten Beobachtungen über die japanischen Kugeln übereinzustimmen. Ein schwedischer Militärarzt, Dr. Hammar, welcher in der Lage war, die grossen Krankenhäuser in der japanischen Hafenstadt Hiroshima zu besuchen, erwähnt, dass in vielen Fällen die Wirkungen der feinkalibrigen Gewehre human waren. Speziell fiel ihm die grosse Zahl von Aneurysmen auf, die er im Krankenhause fand, sowie dass der Verlauf bei Lungenschüssen, Gelenkschädigungen wie auch bei vielen Bauchschüssen äusserst günstig war.

Verzeichniss der ausgeführten Operationen.

Ligatura art. brachialis	1
» » femoralis	1
» » tibial. ant.	1
Amputatio femoris	2
» digit. man.	3
Extractio corp. alien. region. divers.	15
Operatio radical. hern. inguinal.	3
» » hydrocel. testis	1
Laparotomia	5
Trepanatio cranii	11
Incisio abscessus seu phlegmonis	11
Incisio abscess. subphrenici	1
Resectio costarum	2
» » et thoracotomia	6

Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904.

Dritte Sitzung.

Mittwoch, den 18. August, 9 Uhr Morgens.

1. Dr. Kikuth-Riga: Ehe, Tuberkulose und Schwangerschaft. (Ist in dieser Zeitschrift 1904, Nr. 50 erschienen).

Diskussion:

Dr. M. Schmidt-Riga stellt die Indikation für die Einleitung des Abortes enger: er beschränkt sie lediglich auf diejenigen Krankheitszustände, wo der Prozess ein Fortschreiten erkennen lässt, Fieber vorhanden ist und die Gefahr florider Weiterentwickelung besteht. Das Vorhandensein einer tuberkulösen Spitzenaffektion genügt noch nicht, ebensowenig wie das Fieber, sondern die Gesamtheit bedrohlicher Zustände. Unser prognostisches Können ist so bedingt, und wir täuschen uns so oft, dass wir uns nicht zu viel anmassen dürfen. Ihm ist eine Frau erinnerlich aus schwerbelasteter Familie, welche bei ihrer ersten Schwangerschaft eine fieberhafte Spitzenaffektion darbot. Die Schwangerschaft wurde nicht unterbrochen und die Frau hat im ganzen in der Folge 5 Kinder geboren, welche alle, wie auch sie selbst jetzt, gesund sind. Man darf auch nicht vergessen, dass auf den Konsens zur Unterbrechung der Schwangerschaft notwendig die Verpflichtung zu fortdauernder Sterilität zu folgen hat, und dem ist kein moralischer Mensch gewachsen.

Prof. Dehio: Die Entscheidung, ob einem tuberkulösen Individuum die Ehe abgeraten werden muss oder nicht, ist sehr schwierig, und oft nicht mit Sicherheit zu fällen, da wir in der Prognose der Krankheit unsicher sind. Wir können in

Digitized by Google

vielen Fällen nicht voraussagen, wie die Krankheit in der Ehe verlaufen wird. Angesichts der Tatsache, dass doch oft die Ehen Tuberkulöser glücklich verlaufen und gesunde Kinder aus ihnen hervorgehen können, sollte man mit dem ärztlichen Verbot der Ehe nicht zu streng sein. Was die Einleitung des Abortes betrifft, so besteht die Berechtigung dazu in Fällen frischer Erkrankung, in denen man durch dieselbe wesentliche Besserung des Zustandes der Kranken erwarten kann.

Prof. Kessler erwähnt, mit Bezugnahme auf die verlautbarten Befürchtungen ungünstigen Einflusses von Geburt und Wochenbett auf den weiteren Verlauf der Tuberkulose, einen von ihm vor ca. 30 Jahren beobachteten Fall: Bei einer Frau mit schwerer Spitzentuberkulose war von kompetentester Seite die Prognose für das bevorstehende Wochenbett als infaustissima gestellt — exitus in demselben als wahrscheinlich bezeichnet. Patientin starb aber nicht, im Gegenteil — bei der Möglichkeit ausgezeichneter Ernährung trat beginnende Besserung schon im puerperium ein, späterhin vollständige Ausheilung, und noch 15—20 Jahre später war vollständiges subjektives Wohlbefinden und blühendes Aussehen vorhanden. Diese Beobachtung ist Redner für seine spätere Stellungnahme gegenüber der hier in Rede stehenden Tuberkulosefrage massgebend gewesen.

Dr. Keilmann-Riga: Hinsichtlich der Einleitung des Abortes bei Frauen, die phthisisch sind oder Anlage dazu haben, stehen meiner Ansicht nach die Internisten strenger in der Forderung des Abortes, als die Geburtshelfer, aus deren Literatur eine grosse Zurückhaltung herausgelesen werden kann. In Bezug auf Fälle vorgeschrittener Phthise wäre eines Wortes des H. Prof. Dehio zu gedenken: es könne in solchem Falle ein 80-jähriges Leben gegen ein verlorenes eingetauscht werden. Im Anfang der Gravidität ist die Indikation schwer zu stellen, weil die Prognose auch vom Internisten nicht mit genügender Sicherheit gestellt werden kann. Die Erfahrung zeigt jedem Fälle, die die günstige Beeinflussung durch die Unterbrechung der Gravidität vermissen lassen, und andrerseits tritt die ungünstige Beeinflussung der Phthise durch die Gravidität nicht immer hervor. Einige charakteristische Beispiele wurden angeführt. Meiner Ansicht nach darf die Gravidität nie unterbrochen werden wegen Verdacht auf Phthise, nur sehr selten wegen konstatierter Phthise; unter Hinweis auf Schlossmann glaube ich sogar dafür eintreten zu können, dass das Selbststillen im Wochenbett durch Phthise nicht eo ipso kontraindiciert ist.

Dr. Mey-Riga: Die Frage über die Zulassung von Eheschliessungen unter Tuberkulösen musste vom biologischen Standpunkt natürlich verneint werden. In Praxi ist dieses jedoch nicht durchführbar. Meiner Erfahrung nach spielt diese Frage tatsächlich in der ärztlichen Praxis keine grosse Rolle, da die Konsultierenden gewöhnlich, ungeachtet des Gutachtens, ihren Gefühlen und Trieben folgen. Der Vortragende betont zu sehr den physikalischen Befund als Kriterium. Bei der Beurteilung des Zustandes eines Tuberkulösen in der in Frage stehenden Hinsicht muss die Berücksichtigung der Anlage, der Familiengeschichte und des Allgemeinzustandes ausschlaggebend sein.

Dr. Sintenis-Pernau: Die Stellung der Geburtshelfer, wie sie sich in der Literatur wiederspiegelt, ist im Augenblick entschieden zurückhaltender gegenüber Eingriffen bei Gravidität Tuberkulöser. Ist die Gravidität vorgeschritten, so will zum Beispiel Leopold-Dresden nur eingreifen bei Gefahr für das Leben des Kindes, nimmt also auf die Mutter gar keine Rücksicht. Das Einleiten des Abortes in früher Zeit ist eine schwere Verantwortung für den Arzt, wir verlieren das Kind, ob wir dabei der Mutter nützen, wissen wir im einzelnen Falle nicht.

Dr. Koppe-Pernau glaubt vom biologischen Standpunkt eher für eine konservative Behandlung eintreten zu müssen. Schwangerschaft, Geburt und Laktation üben oft einen ausgesprochen günstigen Einfluss auf blutarme und schwache Frauen aus.

Dr. M. Schmidt-Riga: Bei der Frage der Unterbrechung der Schwangerschaft habe er nur die ersten 6—8 Wochen der Gravidität im Auge gehabt, wo diese Unterbrechung in völlig gefahrloser Weise möglich sei. In den späteren Stadien wird der Eingriff als solcher gefährlich, und wenn der Termin heranrückt, wo die künstliche Frühgeburt in Frage kommt, steht er der Einleitung derselben ablehnend gegenüber, weil die Hauptgefahr in der Wochenbettsperiode eintritt und weil — ob künstliche Frühgeburt oder normale Geburt gewählt wird — das Wochenbett nicht umgangen werden kann, die Hauptgefahr also auch nach der Frühgeburt bestehen bleibt.

Dr. Kusmanoff-Reval: Obgleich die Frage des Stillens seitens der tuberkulösen Mutter nicht im Vortrage berücksichtigt ist, möchte ich sie doch diskutiert wissen, da ich derselben Meinung bin wie Kollege Keilmann, dass die Aerzte im allgemeinen viel zu rigoros vorgehen, indem sie eo ipso jeder tuberkulösen Mutter das Stillen verbieten. Mir sind viele Fälle bekannt, wo das Stillen sehr gute Folgen für die tuberkulöse Mutter gehabt hat.

Dr. Keilmann: Gern benutze ich die Gelegenheit, um gegen den Missbrauch des Stillungsverbotes, der sich in praxi bis zum Unfug steigert, aufzutreten. Von den vielen Indikationen, die für dasselbe gelten, hat scheinbar die Tuberkulose noch die grösste Berechtigung; doch ist diese Indikation in ihrer absoluten Form von Schlossmann [1]) wohl definitiv zu Fall gebracht worden. Soweit die Körpergewichtszunahme bestimmend sein kann, hat Schlossmann sogar günstige Veränderung des Allgemeinzustandes durch, resp. während der Laktation konstatieren können. Zur Zeit beobachte ich eine Wöchnerin, die vorläufig ohne Schaden und mit Erfolg ihr Kind stillt, obgleich Anamnese und Status Hinweise auf Tuberkulose bieten. Aerzte und Laien scheinen einen nichtigen Einwand gegen das Selbststillen tuberkulöser Frauen nicht aufgeben zu wollen, d. i. die Befürchtung resp. Annahme, dass das Kind dabei infiziert werden könne. Hiergegen muss auf die Untersuchungen von Busch und Weleminsky hingewiesen werden, die in bakteriologisch einwandfreier Weise dartun, dass weder Tuberkelbazillen, noch andere Mikroorganismen in die Milch übergehen — es sei denn, dass in der Milchdrüse selbst tuberkulöse Prozesse sich abspielen. Durch die genannten Untersuchungen sind alle Anschauungen über die Infektion durch direkt aus der Brust gesogene Milch widerlegt. Einer phthisischen Mutter das Stillen verbieten und das Kind bei ihr lassen ist ein Nonsens. Wenn das Kind bei der Mutter bleibt, so ist die natürliche Ernährung desselben, insbesondere durch die Mutter, der wirksamste Schutz gegen die Tuberkulose. — Als höchst unkritisch muss es bezeichnet werden, wenn ein in der Verwandschaft der Frau vorgekommener Fall von Phthise zum Anlass genommen wird, die Kinder einer gesunden Frau der Flasche auszuliefern, und selbst das kommt vor. Es ist angebracht, dass nicht nur Aerzte, sondern auch die Frauen über die wichtigen Gesichtspunkte in dieser Frage aufgeklärt werden, damit sie selbst verhindern, dass ihnen ihr Kind von der Brust genommen wird. Jede Frau sollte von sich und ihrem Arzt strenge Rechenschaft verlangen über die Gründe und Ursachen, ehe sie ihrem Kinde die natürliche Nahrung versagt.

Dr. Kikuth: Mit den Anschauungen des Herrn Dr. Schmidt glaube ich vollständig übereinzustimmen; auch ich will die Gravidität nicht unterbrochen wissen, wo der Lungenprozess stationär ist, resp. keine klinischen Erscheinungen macht, sondern nur in den Fällen, in denen der Prozess in den ersten Wochen die Tendenz zum floriden Fortschreiten zeigt. — Aus der Diskussion geht hervor, dass der Einzelne über den einen oder den anderen günstig verlaufenen Fall verfügt und denselben als Richtschnur für sein Handeln genommen hat. Ich will es ja durchaus nicht bestreiten, dass manche Tuberkulöse die Schwangerschaft und das Wochenbett gut übersteht, doch die Mehrzahl geht zu Grunde, wie das aus der Arbeit Kaminers, der über 50 Fälle verfügt, hervorgeht. Von diesen 50 Schwangeren zeigten 33 d. h. 66 pCt. ein Fortschreiten der Erkrankung während der Gravidität. Bei 22 Frauen trat die spontane Entbindung gegen das Ende der Schwangerschaft ein; von diesen starben 14 i. e. 71 pCt., 7 schon in den ersten Tagen des Wochenbettes; 17 Frauen abortierten, 15 mal wurde der Abort auf Veranlassung Kaminers eingeleitet. Bei 12 von diesen Frauen trat nach dem Abort ein Stillstand der Erkrankung auf — also in 70 pCt. Stillstand. Ich glaube diese Zahlen verdienen doch Berücksichtigung. Es ist eine Tatsache, dass in der Frage der Unterbrechung der Schwangerschaft bei der Lungentuberkulose die Geburtshelfer auf einem äusserst konservativen Standpunkt stehen. Ich glaube, dass die Entscheidung dieser Frage nicht der Kompetenz der Geburtshelfer, sondern der der Internisten unterliegt, denn der Geburtshelfer sieht seine Patientinnen nur während der Geburt und des Wochenbettes, den weiteren Verlauf beobachtet der Internist.

Prof. Dehio: Vom theoretisch-biologischen Standpunkt ist es natürlich zu wünschen, dass kein Tuberkulöser heiratet. In praxi ist man aber zu Zugeständnissen gezwungen. Subjektives Ermessen wird die Stellungnahme entscheiden müssen, da sich Grenzen nicht aufstellen lassen.

Dr. Schmidt: Wenn die biologische Beurteilung in den Vordergrund gestellt werden solle, wären vielleicht nicht Ehebeschränkungen anzuordnen, sondern im Gegenteil völlige Freiheit der Eheschliessung und Kindererzeugung zu gewähren, um so der Natur die Auslese zu überlassen.

(Fortsetzung folgt).

---

[1]) Mon. f. Geburtshilfe und Gyn. 1903.

Digitized by Google

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

(Schluss.)

17. Prissman erstattet in ausführlicher Weise wissenschaftlichen Bericht über den V. internationalen Dermatologen-Kongress, der in Berlin vom 12.—17. September 1904 tagte. Ausser den 4 Hauptthematen waren noch weit über 100 freie Vorträge und Demonstrationen angemeldet. Als erstes Thema stand die Lepra auf der Tagesordnung und nur aus diesem Grunde will Referent auch mit der Lepra beginnen, obgleich gerade auf dem Gebiete der Kongress wenig Neues zu Tage förderte. Die einleitenden Ausführungen von Lassar und Neisser boten im ganzen wenig Bemerkenswertes, dagegen waren die Vorträge von Nonne (Hamburg), Lie (Bergen) und Jeanselme (Paris) von zweifellos grossem wissenschaftlichem Interesse. Ersterer erörterte die Diagnose und Differentialdiagnose der nervösen Erscheinungen bei Lepra anaesthetica. Lie sprach über Lepra maculo-anaesthetica und Lepra anaesthetica, während Jeanselme sich über Rückenmarksveränderungen bei der anaesthetischen Lepra ausliess. Nach Nonne handelt es sich bei der maculo-anaesthetischen Lepra nicht um eine descendierende, sondern um eine von der Haut ausgehende ascendierende Neuritis. Das Rückenmark ist dabei fast immer erkrankt, die Knochenerkrankungen scheinen auf spinalen Veränderungen zu beruhen. Die Syringomyelie, eine primäre Höhlenbildung, ist eine Krankheit sui generis. Ebensowenig darf die Raynaud'sche Krankheit mit der Lepra identifiziert werden. Lie führte u. a. aus, dass nur die Fälle ohne Flecken als anaesthetische Lepra bezeichnet werden sollten. Im Rückenmark will er mit Bestimmtheit, ebenso wie in den motorischen Nerven Bazillen gefunden haben, in den zugehörigen Muskeln dagegen nicht. Die anaesthetischen Formen zeichnen sich, besonders in der Haut, weniger in den Nerven, durch eine grössere Reaktionsfähigkeit aus, wodurch hin und wieder eine Naturheilung eintreten kann. Im Gegensatz zum Vorredner hat Jeanselme im Rückenmark nie Bazillen gefunden, auch nach ihm ist die Syringomyelie eine Krankheit sui generis. Weiter brachte Prissmann (Libau) einen Beitrag zur Kasuistik und Verbreitung der Lepra in Kurland, wobei er eine beachtenswerte Zunahme dieser Seuche, speziell in den Kreisen Grobin und Windau konstatierte. Wolff (Strassburg) berichtete über einen von ihm im Elsass beobachteten Leprafall, Blaschko[1]) über einen Fall in Charlottenburg. Zu einer Diskussion kam es aus Zeitmangel nicht, dafür stellte der Ehren-Präsident (v. Petersen) eine II. internationale Leprakonferenz in Aussicht.

Ueber Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien als II. Thema äusserten sich vorerst die offiziellen Referenten von Noorden (Frankfurt a. M.), Bulkley (New-York), Radcliffe (London) und Jadassohn (Bern). Ersterer sprach über die Hautaffektionen bei verschiedenen Organerkrankungen, Bulkley empfiehlt bei Hautkranken den Stoffwechsel genau zu kontrollieren: bei vielen Dermatosen handle es sich um Folgen fehlerhafter Ernährung. Den meisten Anklang fanden die Ausführungen Jadassohns. Nach ihm kommen Dermatosen vor bei den eigentlichen Stoffwechselkrankheiten, bei Affektionen der Stoffwechselregulierungsapparate, bei Erkrankungen der Ernährungsorgane, sowie bei pathologischen Neubildungen. Die Stoffwechselanomalien können entweder die Ursache der Hautkrankheiten sein, oder Stoffwechselanomalie und Hautkrankheit sind die Folgen einer gleichen Ursache.

Das allgemeinste Interesse, auch der Praktiker, beanspruchte das III. Thema: die syphilitischen Erkrankungen des Cirkulationsapparates. In dieser Rubrik mögen auch alle sonstigen die Lues betreffenden Themata eine kurze Erwähnung finden. Metschnikoff (Paris), Hallopeau (Paris), Neisser und Lassar sprachen über Impfung, Immunität und Syphilistoxine. Es gelang bisher Metschnikoff nicht, eine Immunisierung der Affen mittels Serum zu erreichen. Er glaubt jedoch an die Möglichkeit einer Schutzimpfung, wenn es erst gelingen wird, eine Affenart zu entdecken, durch deren Infektion eine schwache Erkrankung erzielt wird. Die Neisser'schen Versuche, Syphilis auf Affen zu übertragen, bringen im ganzen eine Bestätigung der Metschnikoff'schen Untersuchungen. Ausser den Schimpansen sind noch andere Affen, aber meist in geringerem Grade empfänglich für Lues. Risso (Genua), Paulsen (Hamburg) und andere sprachen über Serumbehandlung bei Syphilis und über den Syphilisbazillus. Paulsen und Appel konnten mit dem von ihnen angewandten Serum positive Erfolge im I. und II. Luesstadium nicht konstatieren, dagegen im III. recht gute (50 pCt. Heilungen, fast überall Besserungen). v. Niessen (Wiesbaden) hat in über 200 Luesfällen eine Bakterienart reingezüchtet und identifiziert, es gelang ihm mit der Reinkultur beim Affen, Schweine und Pferd der menschlichen Syphilis analoge Erscheinungen klinisch und pathologisch-anatomisch zu erzeugen. v. Düring (Kiel) und v. Hansemann (Berlin) sprachen über syphilitische Gefässerkrankungen. Letzterer betonte die Häufigkeit der luetischen Herzerkrankungen, die sich meist in Schwäche des Herzens äussern. Nächst den Säufern stellen die Syphilitiker die grösste Zahl der Herzschwachen dar. Renvers (Berlin) stimmte dem Vorredner bei und führte weiter aus, dass das häufigste Bild der Herzmuskelerkrankung bei der Spätsyphilis die Herzerweiterung sei. Frühzeitig erkannte syphilitische Herz- und Gefässerkrankungen sind heilbar. In bezug auf das Alter der Lues stimmten die meisten Redner (Lesser, v. Hansemann) darin überein, dass die Annahme des amerikanischen Ursprunges vieles für sich habe, wenn auch die altamerikanischen Tonfiguren aus peruanischen Gräberfunden nicht gerade mit Sicherheit im positiven Sinne verwertet werden können (Neumann).

Das IV. Thema, die Epitheliome und ihre Behandlung, leiteten Darier (Paris) und Unna (Hamburg) ein. Ersterer gab eine mikroskopische und klinische Beschreibung, sowie eine Einteilung der Epitheliome, letzterer hält die von verschiedenen Seiten gefundenen Krebsparasiten für Degenerationsprodukte, meist hyaliner Natur; zugleich demonstrierte Unna zahlreiche mikroskopische Praeparate. Ueber nichtchirurgische Heilmethoden des Hautkrebses sprach von Petersen (St. Petersburg). In den Anfangsstadien bei kleinen Herden und bei Abwesenheit von Drüsenaffektionen ist auch ohne Radikaloperation eine Heilung möglich, in Frage kommen Umschläge mit 5—15 pCt. Sodalösung, Finsen- und Röntgenbehandlung, wie die Getriermethode. Für Lichtbehandlung in solchen Fällen sprachen sich auch Leredde (Paris), Lesser, Freund, Schiff (Wien) u. a. aus, für möglichst frühzeitige Radikaloperation traten mit allem Nachdruck Schlesinger (Demonstrationen aus der Bergmann'schen Klinik) und Veiel (Cannstatt) ein. Im allgemeinen herrschte die Ansicht vor: bei Oberflächenkarzinomen — Lichtbehandlung, bei tiefliegenden — Operation.

Während demnach bei Behandlung des Hautkrebses die Ansichten über den Wert der Phototherapie geteilte waren, herrschte über die Bedeutung der Lichtbehandlung bei Lupus nur eine Stimme des Lobes. Dazu trugen auch die zahlreichen Demonstrationen aus dem Finsen-Institut bei (Forchhammer und Reyn). In erster Reihe kommt Finsen, in zweiter Röntgen in Frage. Ueber die Radiotherapie konnte ein abschliessendes Urteil noch nicht gewonnen werden.

Zum Schluss möchte Referent die zahlreichen interessanten Krankendemonstrationen aus dem Gesamtgebiete der Dermatologie hervorheben, zum Teil auch die Moulagen, — das Auge des Fachmannes konnte sich an all diesen Bildern weiden. Dagegen liess die Organisation des Kongresses manches zu wünschen übrig, besonders tadelnswert ist zweifellos die unverzeihliche Art und Weise, wie beinahe die Hälfte aller Vortragenden entweder einfach «gedrückt» oder zu einer Verstümmelung ihrer Referate wegen plötzlicher Zeitentziehung gezwungen wurden. Dass die meisten Themata ohne Diskussion blieben, tat der Gesamtwirkung des Kongresses nicht wenig Abbruch. Auch sonst war nicht übermässig viel für Ordnung gesorgt, vielleicht lag es auch an der unerwartet lebhaften Beteiligung (500—600 Teilnehmer). Der nächste Kongress findet 1908 in New-York statt.

Im Anschluss an das Referat Prissmanns über den Vortrag v. Hansemanns über luetische Herzerkrankungen weisen Zoepffel und Siebert auf die Vorläufer dieser Anschauung hin: vor 8 Jahren hätten Hartge und Dehio hierüber Veröffentlichungen gemacht und Prof. Vogel hätte ebenfalls in seinem Kolleg denselben Standpunkt vertreten. Christiani betont, dass sich die Erkenntnis von der Bedeutung der Lues für die in Rede stehenden Affektionen erst spät allgemeine Anerkennung verschafft hätte und dass die Bedeutung der Runeberg'schen und v. Hannemann'schen Arbeiten darin zu suchen sei, dass sie dieser Erkenntnis zum Durchbruch verholfen hätten. Goldberg erinnert daran, dass in allen durch Lues verursachten Fällen von Herzerkrankungen Jodkali eine gute Wirkung ausübe und Digitalis versage.

Präses: Prissmann. — Sekretär: Ischreyt.

[1]) Das in der Tagespresse (auch der einheimischen) verbreitete Gerücht, als ob B. die Existenz der baltischen Leprosorien in Abrede gestellt hätte, ist ein Phantasiestück irgend eines Reporters.

XXII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden.

Vom 12.—15. April 1905.

Bericht von Dr. Prüssian — Wiesbaden.

Der Kongress wurde durch eine Rede des ersten Vorsitzenden, Professor Erb — Heidelberg, eröffnet, welcher folgendes ausführte:

Die berufliche und soziale Stellung der Aerzte ist zweifellos erheblich schwieriger geworden; die wachsenden Anforderun-

Digitized by Google

gen an ihr Wissen und Können, das Spezialistentum, das Anwachsen der Kurpfuscherei, die soziale Gesetzgebung sind die Ursachen davon. Die alten ethischen und persönlichen Beziehungen zwischen Arzt und Hilfesuchenden sind gelockert, die Aerzte auf den Standpunkt der Gewerbetreibenden herabgedrückt worden. Sie sind genötigt an die grössere Sicherheit ihrer sozialen und materiellen Lage, an Zukunft und Altwerden zu denken; es haben sich Lohn-Kämpfe, Aerztestrikes entwickelt. Für solche Kämpfe sei es vor allem wichtig, an die bessere und gründlichere Ausbildung der Aerzte zu denken, was auch schon durch umfassendere Unterrichtsmittel, Fortbildungskurse u. s. w. geschehe. Wissen, Tüchtigkeit und Charakter des zukünftigen Arztes werden und müssen siegen.

Erb berührte dann noch weitere Erscheinungen, die mit den heutigen volkswirtschaftlichen Zuständen zusammenhängen: das rücksichtslose Streben nach Gelderwerb, die Ansammlung grosser Reichtümer, den schrankenlosen Kapitalismus. Hiervon sei auch der Aerztestand nicht unberührt geblieben. Weiterhin habe sich der Grossbetrieb und Industrialismus unserer Tage auch der Heilanstalten und Sanatorien als Erwerbsquellen bemächtigt; besonders zu tadeln sei es, wenn die Aerzte als Besitzer solcher Anstalten ihre Doppelstellung als ärztliche Leiter und wirtschaftliche Verwalter nicht scharf auseinander hielten.

Die heutige Stellung der inneren Medizin in der wissenschaftlichen Forschung und im Unterricht sei nicht mehr die alte. Die zentrale, die Total-Ausbildung der Aerzte beherrschende Bedeutung der inneren Medizin sei erschüttert, trotzdem 70 pCt. aller Kranken, die den Arzt aufsuchen, innerlich krank seien. Der Einzelne vermag heute nicht mehr das ganze Gebiet der inneren Medizin zu beherrschen. So drohte die Gefahr, dass auch der Kongress für innere Medizin fernerhin seine Existenzberechtigung für das Gesamtgebiet nicht mehr aufrecht erhalten könnte. Das wäre dann aus wichtigen Gründen sehr bedauerlich. Erb geht dabei auf die Teilfächer ein, die immer grössere Selbständigkeit beanspruchen (Pathologie und Therapie der Phthise, der Herzleiden, der Magen-, Darm-, Stoffwechsel- und Infektionskrankheiten) und besonders auf die Nervenheilkunde. Bei dieser am meisten vorgeschrittenen und selbstständig gewordenen Disziplin verweilt er ausführlicher, weil er selbst in seiner wissenschaftlichen Laufbahn von der inneren Medizin zur Nervenheilkunde übergegangen sei und nunmehr in Heidelberg seit 25 Jahren beide Disziplinen lehre, und weil gerade jetzt die Gefahr eine besonders dringende geworden sei, dass die Neurologie von den Psychiatern den Internisten entrissen würde. Erb rechtfertigt auf Grund seiner grossen Erfahrung seine Stellungnahme zu der Frage eingehend und spricht sich dahin aus, dass die Nervenheilkunde ganz gewiss das volle Anrecht habe, eine besondere Spezialität zu bilden, eigne Abteilungen, Ambulatorien und akademische Vertreter zu besitzen. Aber die innere Medizin muss sachlich oder personell mit ihr verbunden bleiben. Die innere Klinik hat ebenso wie die psychiatrische in erster Linie dem medizinischen Unterricht zu dienen; für die Unterweisung in der Psychiatrie seien aber die sogenannten Nervenkrankheiten, abgesehen von gewissen Grenzfällen, durchaus überflüssig. Dagegen wären sie für den Unterricht in der inneren Medizin und für die Ausbildung des Arztes in ihr absolut unentbehrlich. Daraus folgt, dass die Nervenheilkunde zur inneren Klinik gehört, den Psychiatern aber nur die Psychiatrie zukommt. Natürlich liegt hier ein Grenzgebiet vor, in das sich die beiden Kliniken nach bestimmten Grundsätzen teilen müssen und werden. Hierbei ist Erb geneigt, der Psychiatrie weit entgegenzukommen. Er warnt aber doch seine Fachgenossen, die Vorstände der inneren Klinik, davor, diesen wertvollen Teil ihres Besitzstandes aufzugeben.

Zum Schluss berührte Erb die in der Bildung begriffenen medizinischen Akademien, deren letzte Ziele und Absichten noch nicht klar zu erkennen seien, die jedoch sowohl in akademischen Kreisen wie von den praktischen Aerzten nicht ohne Misstrauen angesehen werden. Er schloss mit dem Wunsche, dass auch diese in Deutschland im Entstehen begriffenen Neu-Organisationen dem Aerztestand zum Segen gereichen möchten.

Es sprach sodann Professor Ziegler — Jena über den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie. Er führte folgendes aus:

Die grossen Fortschritte, welche die biologische Vererbungslehre in den letzten Jahrzehnten gemacht hat, beruhen zum Teil darauf, dass der Begriff der Vererbung unter dem Einfluss der Theorien von Weismann genauer bestimmt und schärfer begrenzt worden ist, andererseits darauf, dass man zu einer besseren Kenntnis der Vorgänge bei der Reifung der Eizellen und Samenzellen gelangt ist und infolge dessen die biologische Bedeutung des Befruchtungsvorgangs bestimmter erkennen konnte.

Jedenfalls müssen zwei Vorgänge von der echten Vererbung getrennt werden, welche früher oft damit vermengt wurden, nämlich erstens der Uebergang von Krankheitserregern, z. B. Bakterien, aus den elterlichen Individuen in die Keimzellen oder in den Embryo, und zweitens die Schädigung der Keimzellen durch Gifte oder anormale Stoffwechselprodukte, wenn der elterliche Organismus mit solchen belastet ist. Ferner ist die Vererbung bei den niedersten Organismen (Protisten) ein anderer Prozess als bei den höheren Organismen (Tieren und Pflanzen); denn bei den ersteren beruht die Fortpflanzung wesentlich auf der einfachen Zellteilung, während bei den höheren Organismen besondere Zellen, die Eizellen und Samenzellen, zur Bildung der neuen Individuen bestimmt sind, so dass also die Vererbung nur durch diese Zellen geschieht. Die wesentlichen Eigenschaften dieser Zellen sind bei Tieren und Pflanzen merkwürdig ähnlich, und das Folgende gilt für Tiere und Pflanzen und offenbar auch für den Menschen. Die Kerne dieser Zellen enthalten wie alle Zellkerne sogenannte Chromosomen, d. h. es treten bei der Kernteilung färbbare Gebilde in bestimmter Form und in bestimmter Zahl auf, welche für die Vererbung von der grössten Wichtigkeit sind. Die reife Eizelle besitzt ebenso viele Chromosomen wie die Samenzelle, und daraus erklärt sich, dass die Mutter denselben Einfluss in der Vererbung hat wie der Vater.

Die Zelle, aus welcher der entstehende Organismus hervorgeht, (die befruchtete Eizelle) hat also die Hälfte ihrer Chromosomen vom Vater erhalten, die Hälfte von der Mutter, und diese Eigenschaft überträgt sich bei der Zellteilung auf die weiterhin entstehenden Zellen, so dass für alle Zellen des Organismus in dieser Hinsicht dasselbe gilt wie für die befruchtete Eizelle. Die Zusammenmischung der väterlichen und mütterlichen Chromosomen übt also ihre Wirkung auf den ganzen entstehenden Organismus aus und damit hängt die Mischung der Eigenschaften zusammen, welche von väterlicher und mütterlicher Seite auf den Organismus übergehen. Die Wirkung dieser Mischung (Amphimixis) lässt sich am genauesten dann beobachten, wenn zwei verschiedene Tierarten oder verschiedene Varietäten derselben Art gekrenzt werden. Die Nachkommen zeigen meistens eine Mischung der Eigenschaften der Eltern, allein zuweilen beobachtet man einen Rückschlag auf einen Grossvater oder eine Grossmutter (Atavismus), oder sogar einen Rückschlag auf eine ältere Stammform. Besondere Wichtigkeit wird neuerdings dem Mendel'schen Gesetz beigelegt, welches eine bestimmte Art des Rückschlags betrifft. Wenn man nach einer Erklärung dieser Vererbungsvorgänge sucht, muss man zunächst auf das Verhalten der Chromosomen genauer achten und die eigentlichen Vorgänge bei der Reifung der Eizellen und Samenzellen in Betracht ziehen. Wie die Eizelle bei ihrer Reifung die sogen. Richtungskörperchen oder Polzellen bildet, und so gewissermassen 4 Zellen (drei ganz kleine und eine grosse) aus der Eizelle hervorgehen, so werden aus jeder Samenmutterzelle vier Samenzellen gebildet. Das Verhalten der Chromosomen ist in beiden Fällen dasselbe: Es werden sog. Vierergruppen gebildet, welche aus 4 kugelförmigen oder bandförmigen Stücken bestehen. Von diesen vier Stücken stammen 2 von väterlicher Seite her, 2 von mütterlicher. In die reife Eizelle oder in eine Samenzelle gelangt jeweils ein Stück, ein Viertel aus jeder Vierergruppe (Reduktionsvorgang). Es ist bei jeder Vierergruppe eine Sache des Zufalls, welches Viertel dazu gewählt wird. Die Keimzellen (Eizellen oder Samenzellen) eines Individiums können also verschiedenartig sein, indem die eine mehr väterliche, die andere mehr mütterliche Chromosomen enthalten kann (wobei die Gesamtzahl der Chromosomen in allen dieselbe ist, wie oben schon gesagt wurde). Da nun bei der Erzeugung jedes neuen Individuums jedesmal eine andere Kombination zur Verwendung kommt, erklärt sich die Verschiedenartigkeit der Kinder derselben Eltern. Sind in einer der Keimzellen die väterlichen oder mütterlichen Chromosomen stark vorherrschend gewesen, so wird daraus der Rückschlag auf den Grossvater oder die Grossmutter begreiflich. Die Konstitution eines Menschen und die damit zusammenhängende Disposition zu irgend einer Krankheit ist von den Vorfahren ererbt. Auch hier spielt die Vermischung der väterlichen und mütterlichen Anlagen die grösste Rolle und kommt oft auch Rückschlag auf Grosseltern vor. Alle Anlagen des Körpers und des Geistes sind von der Vererbung abhängig, welche die Macht eines Naturgesetzes hat. (Fortsetzung folgt.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Vor kurzem beging der Professor der Anatomie und Direktor des anatomischen Instituts der Universität Bonn, Geh. Medizinalrat Dr. Freiherr A. v. la Valette St. George, sein goldenes Doktorjubiläum. Von seinen zahlreichen Schülern wurde der Jubilar, der gegenwärtig im 75. Lebensjahre steht, durch die Ueberreichung seiner Büste geehrt, die im anatomischen Institute aufgestellt wird.

Digitized by Google

— Der Professor ord. der Pharmakologie an der Charkower Universität Dr. Sergius Popow ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist auf weitere 5 Jahre im Dienst belassen worden.

— Der Oberarzt des örtlichen Militärlazaretts in Skernewice, Staatsrat Dr. Steinberg, ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Der stellvertretende Wolmarsche Stadtarzt Dr. Elmar Hinzenberg ist vom Livländischen Gouverneur in diesem Amte bestätigt worden.

— Der Oberarzt des Woronesh'schen Disziplinar-Bataillons, Dr. Podolski ist krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— In Anbetracht der Choleragefahr ist in Reval durch Beschluss der Stadtverordneten-Versammlung der Posten eines Cholera-Sanitätsarztes einstweilen auf ein halbes Jahr kreiert worden. Auffallenderweise ist von der Stadtverordneten-Versammlung auf diesen Posten nicht, wie man erwarten musste, ein am Ort praktizierender Arzt, der mit den städtischen Sanitätsverhältnissen vertraut ist, gewählt worden, sondern ein junger Arzt K. Lüüs aus Petersburg, der, aus dem Werroschen Kreise gebürtig, erst im vorigen Jahr die Dorpater Universität absolviert hat.

Verstorben: 1) Am 3. Juni zu Riga der dortige praktische Arzt Dr. Johann Rulle im vor kurzem vollendeten 65. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Livland geboren und widmete sich dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität, an welcher er von 1860—66 studierte. Nach Erlangung der Doktorwürde liess er sich als praktischer Arzt in Riga nieder, wo er zugleich als Arzt der Postverwaltung fungierte und sich einer umfangreichen Praxis erfreute. 2) In Shirardow (Gouv. Warschau) der dortige freipraktizierende Arzt Dr. Vincenz Stembart im Alter von 53 Jahren, nach 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) In Ssumy der Oberarzt des dortigen Kadettenkorps Dr. Herakles Bunin im 49. Lebensjahre. Als Militärarzt hat der Verstorbene seit 1883 fungiert. 4) In Namangan (Ferghanagebiet) der ältere Arzt des örtlichen Militärlazaretts Dr. Demetrius Geischthor im 47. Lebensjahre. Er hat sich in einem Anfalle von Geistesstörung mit Morphium vergiftet. Der Verstorbene erfreute sich grosser Beliebtheit und gehörte daher zu den meistbeschäftigten Aerzten der Stadt, hat aber trotzdem seine Familie mittellos hinterlassen. 5) Am 1. (14). Juni zu Breslau der Professor der Chirurgie an der dortigen Universität, Dr. v. Mikulicz-Radecki, am Magenkrebs im eben vollendeten 55. Lebensjahre. In ihm verliert die deutsche Chirurgie einen hervorragenden Vertreter, die Breslauer Universität einen ihrer bedeutendsten Lehrer. In Czernowitz geboren, kam Mikulicz 1869 als Student der Medizin nach Wien und promovierte dort 1875 zum Doktor med. Seine akademische Laufbahn begann er 1880 als Privatdozent an der Wiener Universität, wurde aber schon 1882 als ordentlicher Professor nach Krakau berufen, von dort 1887 nach Königsberg und 1890 nach Breslau, wo er bis zu seinem Lebensende eine der schönsten Kliniken Deutschlands leitete. Was seine wissenschaftlichen Leistungen anbetrifft, so hat sich Mikulicz, einer der begabtesten Schüler Billroths, grosse Verdienste um die Entwickelung der antiseptischen und aseptischen Wundbehandlung erworben. Im Jahre 1881 erschien seine Arbeit «Ueber Gastroskopie und Oesophagoskopie», in welcher er die heute übliche Methode der Oesophogoskopie begründete. Die Chirurgie verdankt ihm auch eine neue Methode der osteoplastischen Resektion am Fusse, sowie Arbeiten auf dem Gebiet der Orthopädie und der Gelenkchirurgie. Von grösseren Einzelwerken seiner literarischen Tätigkeit sind zu nennen der «Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle» (gemeinsam mit Michelson bearbeitet) und «Die Krankheiten des Mundes» (gemeinsam mit Kümmel). Mit Prof. Bergmann und Bruns redigierte Mikulicz das «Handbuch der praktischen Chirurgie», mit Prof. Naunyn die «Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie». Mit Prof. Mikulicz ist ein Arzt dahingegangen, der es, dank seiner glänzenden Begabung und seinem rastlosen Fleisse, wie wenige seiner Fachgenossen verstanden hat, der modernen Chirurgie den Stempel seines Geistes aufzudrücken und ihr den hervorragenden Platz mit zu erobern, den sie in den letzten Jahrzehnten unter den ärztlichen Spezialfächern behauptet. 6) Am 11. Juni n. St. in Berlin hochbetagt der Generalarzt des preussischen Gardekorps und ehemalige Leibarzt des Kaisers und der Kaiserin Friedrich, Dr. Aug. v. Wegener, der bekanntlich die Behandlung des Kaisers Friedrich während seiner letzten schweren Krankheit leitete. 7) In München der als Dichter bekannte frühere Arzt Dr. Hermann v. Lingg im Alter von 85 Jahren an Herzparalyse. Nach Absolvierung seiner Studien an verschiedenen deutschen Universitäten, war L. Arzt in der Bayrischen Armee, nahm aber bereits 1851 seinen Abschied, um fortan nur der Dichtkunst in München zu leben, wo er von König Maximilian II durch die Gewährung eines Ehrengehalts ausgezeichnet wurde.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Der Chef des Sanitätswesens der 1. Mandschurischen Armee und zugleich stellv. Hauptchef des Sanitätswesens beim Oberkomandierenden im Fernen Osten, Senator Generalleutenant Trepow, ist von den genannten Stellungen enthoben worden, unter Belassung in seinem Amte als Senator.

— Der Oberfeldchirurg der Mandschurischen Armee und Beamte für besondere Aufträge VII. Klasse bei der Obermilitär-Medizinalverwaltung, Privatdozent der militär-medizinischen Akademie, Staatsrat Dr. Wreden, ist vom Amte des Oberfeldchirurgen enthoben worden.

— Wie der vom Hauptmarinestabe publizierten Liste zu entnehmen, befanden sich nach der Seeschlacht bei Tsushima noch folgende Marineärzte am Leben: Dr. Aug. Sohrt vom Kreuzer «Admiral Nachimow»; Dr. Jakob Tschernjzki vom Torpedoboot «Bjedowy» und Dr. Leonid Mordberg vom Panzerschiff «Nikolai I» (befindet sich in Shangai).

— Wie der «Nordlivl. Ztg.» mitgeteilt wird, hat der stud. med. Wolfgang Reyher, frat. Rig., der als Subassistent von Prof. Dr. Zoege v. Manteuffel im April vorigen Jahres auf den Kriegsschauplatz ging, für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Chunchusen das Georgenkreuz IV. Klasse und III. Klasse mit Schleife erhalten. In den genannten Kämpfen hat er zeitweilig als Offizier fungiert. Voraussichtlich wird stud. Reyher im Laufe des Sommers in die Heimat zurückkehren.

— Vom Hospitalschiff «Mongolia» sind aus Port Arthur in St. Petersburg der Oberarzt Dr. Kienast, die jüngeren Aerzte Ssumzow, Kowalewski, Pokrowski und Mirotworzew, 11 barmherzige Schwestern der St. Georgs-Gemeinschaft, 20 Sanitäre und 3 Feldscher eingetroffen. Nach 2 Wochen wird das übrige Personal der Kolonne hier erwartet.

— Das russische Hospitalschiff «Kostroma» ist aus der japanischen Gefangenschaft entlassen worden und aus Nagasaki bereits nach Shangai ausgelaufen. Die Frage, betreffend das Hospitalschiff «Orel», welches aus dem Grunde von den Japanern weggenommen worden, weil es den Kapitän und 4 Matrosen des englischen Dampfers «Oldgamia», der von den Russen gekapert ist, an Bord hatte, wird vom Prisengericht einer Durchsicht unterzogen werden. Das dritte in Port Arthur ergriffene Hospitalschiff «Mongolia» ist den Russen zurückgegeben worden.

— In Charbin ist am 30. Mai die barmherzige Schwester der Libauschen Sanitätsabteilung Helene Walzow gestorben.

— In Gundshulin ist, wie der «Now. Wremja» telegraphisch mitgeteilt wird, ein Befehl erlassen worden, der den Hospitalschwestern verbietet, ohne dringende Notwendigkeit zu reiten. Auch wird ihnen eine eigenmächtige Entfernung von ihrem Posten ohne Erlaubnis der Oberärzte untersagt.

— Dem «Russk. Inw.» zufolge, kehren jetzt häufig barmherzige Schwestern vom Kriegsschauplatze heim, die wegen völlig zerrütteter Gesundheit den Dienst aufgeben mussten. Die Exekutivkommission der Hauptverwaltung des Roten Kreuzes hat beschlossen, zur Beratung über die Sicherstellung solcher barmherziger Schwestern eine Subkommission unter dem Präsidium Dr. W. von Anreps und unter Teilnahme der Kuratorinnen und Leiterinnen der St. Petersburger Gemeinschaften barmherziger Schwestern niederzusetzen.

Von Universitäten und Vereinen.

— Die militär-medizinische Akademie hat beschlossen, als ihre Vertreter auf den internationalen medizinischen Kongress in Lissabon (im April 1906) die Professoren J. Pawlow (Physiolog) und G. Rein (Gynäkolog) abzudelegieren.

— Die Privatdozenten der Moskauer medizinischen Fakultät sollen, dem «SsIowo» zufolge, beschlossen haben, keinenfalls diejenigen Professoren zu ersetzen, welche einem Beschlusse des Ministerkomitees zufolge verabschiedet werden könnten, falls im Herbst die Vorlesungen nicht wieder aufgenommen werden. Einen ebensolchen Beschluss sollen, wie der «Syn Otetsch.» erfährt, auch die Privatdozenten der Warschauer Universität gefasst haben.

— Die Russische chirurgische Pirogow-Gesellschaft hat in ihrer Jahresversammlung am 18. Mai für das nächste Jahr in den Vorstand gewählt: Prof. M. Ssubbotin — als Präsidenten, Prof. G. Turner — als Vizepräsidenten, Dr. M. Senenko — als Kassierer, den Privatdozenten W. Oppel, sowie die DDr. P. Buchmann

Digitized by Google

und J. Grekow — als Sekretäre und Dr. N. Petrow — als Bibliothekar. — (R. Wr.)

— Der X. internationale Kongress zur Bekämpfung des Alkoholismus wird vom 11.—16. September n. St. in Budapest abgehalten werden. Generalsekretär des Kongresses ist M. Philipp in Budapest. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 5 Francs.

— Am 15., 16. und 17. Juni wird hier der Allrussische Pharmazeutische Kongress und vom 4.—9. Juli der IV. Allrussische Odontologische Kongress stattfinden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der Mangel an Aerzten macht sich in vielen Gegenden des Reiches immer mehr fühlbar. So sollen der «Russ» zufolge, im Kalugaschen Gouvernement nicht weniger als 20 Arztstellen vakant sein.

— Die Zahlung für Typhuskranke in den Hospitälern ist jetzt vom Stadtamt aufgehoben worden. Es sind nämlich Fälle vorgekommen, in denen die Habe zahlungsunfähiger Rekonvaleszenten mit Beschlag belegt und versteigert worden sind.

— Zur Ergreifung von Massregeln gegen die Cholera in Petersburg sind der städtischen Sanitätskommission 40,600 Rbl. zur Verfügung gestellt. Es sollen Studenten der Medizin engagiert werden, um Häuser und Wohnungen, die sich in antisanitärem Zustande befinden, zu überwachen. Ausserdem sollen Krankentransportmittel und Isolierwohnungen beschafft und jedem Sanitätskurator zur Einrichtung eines Speise- und Theehauses in seinem Rayon 2000 Rbl. zur Verfügung gestellt werden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Mai d. J. 9391 (187 wen. als in d. Vorw.), darunter 888 Typhus — (42 mehr), 805 Syphilis — (69 wen.), 270 Scharlach — (7 wen.), 91 Diphtherie — (24 wen.), 126 Masern — (7 wen.) und 37 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 22. bis zum 28. Mai 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
467	379	846	172	103	176	21	11	30	56	71	61	51	41	37	12	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 29, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 51, Scharlach 11, Diphtherie 10, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 5, Grippe 8, Katarrhalische Lungenentzündung 108, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 82, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungskanals 102, Totgeborene 36.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von K. L. RICKER in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

RONCEGNO
Natürliche Arsen-Eisenquelle
bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.
Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria mit ihren Folgezuständen, Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.
Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—9.
Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.
Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.
Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.
Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.
Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. R.
Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien.
Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. illustrierte Prospekte.
Friedrichroda i. Thür.

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nerven-, Morphium-, Alkohol- etc. Kranke
Gegründet 1890 B.-Baden Gegründet 1890
Mildeste Form der Morphium-Entziehung ohne Zwang und Qualen unter sofortigem Wegfall der Spritze in 4—6 Wochen. Prospekte kostenlos (Geisteskranke ausgeschlossen.)
Bes. u. dirig. Arzt Dr. Arthur Meyer. 2 Aerzte.

HEFE-SEIFEN
nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen Acne, Folliculitis, Furunkulose.
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.
George Heyer & Co., Hamburg 4.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze
VICHY
(61) 17—4.
Die Quellen gehören der Französischen Regierung.
PASTILLES VICHY-ÉTAT
2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.
COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT
zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.
Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.
J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

Digitized by Google

Thiocol „Roche"

besten Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche"

à 0,5 gr bequemste und billigste Form.

Sulfosot-syrup „Roche"

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Sirolin „Roche"

die idealste Form d. Kreosot- bezw. Guajacol-Therapie.

Wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup.

Vorteile: Sirolin hat vor allen andern Kreosot- und Guajacoltherapien die Vorteile des guten Geruches, angenehmen Geschmacks und völliger Unschädlichkeit.

Indikationen: **Lungentuberkulose, Keuchhusten, chirurg. Tuberkulose, allgemeine Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.**

Verordnung: Sirolin, Lagenam orig. Erwachsenen 3—6 Teelöffel, Kin- 2—3 Teelöffel täglich, vor oder unmittelbar nach dem Essen, rein oder in Wasser.

Warnung! Vor minderwertigen Nachahmungen wird gewarnt. Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.

Alleinige Fabrikanten:
F. Hoffmann-LaRoche & Co., Fabrik chem.-pharm. Produkte
Basel (Schweiz) ✳ *Grenzach* (Baden).
Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten g atis und franko zur Verfügung.

Airol „Roche"

bester geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche"

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche"

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche".

Digalen (Digitox. solub. Cloetta)

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche"

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate Eisen- u. Bromprotylin „Roche".

Arsylin „Roche"

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Bromipin. *Ausgezeichneter Ersatz für Bromalkalien — besonders wertvoll in der Frauen- und Kinderpraxis. — Bromipin kann unbedenklich in grösseren Dosen gegeben werden.*
(12) 13—11.

Dionin. *Ein mildes, relativ ungiftiges, in Wasser leicht lösliches Morphinderivat von hervorragender schmerz- und hustenstillender Wirkung. Ist in allen Fällen als Ersatzmittel für Morphium und Codeïn mit Nutzen zu verwenden.*

Jodipin. *Der beste Ersatz für Jodalkalien. Anerkanntes Mittel bei Lues, Bronchitis, Arteriosklerose, Skrophulose, Tuberkulosis incipiens, sowie in allen anderen Fällen, in denen Jodpräparate indiziert sind.*

MARIENBAD ZANDER-INSTITUT.

Modern eingerichtete Anstalt für schwedische Heilgymnastik, Massage, elektr. Lichtbäder, Trocken-Heissluft-Verfahren; Vorzügliche Unterstützungsmittel der Marienbader-Kuren.

Besitzer und ärztlicher Leiter (75) 6—6.
Dr. Med. EDUARD KRAUS.

KÖNIGLICHES BAD OEYNHAUSEN Sommer- und Winterkurort.

Station der Linien Berlin-Köln und Löhne-Hildesheim. Naturwarme, kohlensaure Thermalbäder, Solbäder, Sol-Inhalatorium, Medico-mechanisches Zander-Institut, Röntgenkammer, Molken- und Milchkuranstalt. Prospekte und Beschreibung übersendet frei die
(79) 6—3. Königliche Badeverwaltung.

Hôtel und Pension Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Digitized by Google

WILDBAD

Schwarzwald. Endstation der Linie Pforzheim-Wildbad. Württemberg.

Hauptsaison: **Mai bis Oktober.**

Warme, seit Jahrhunderten bewährte Heilquellen gegen **chronischen und akuten Rheumatismus und Gicht, Nerven- und Rückenmarksleiden, Neurasthenie, Ischias, Lähmungen aller Art, Folgen von Verletzungen, chronische Leiden der Gelenke und Knochen.** Weitere Kurmittel: **Dampf- und Heissluftbäder, schwedische Heilgymnastik** (System Dr. Zander), **Elektrotherapie, Massage, Luftkuren** (430 m. ü. d. M.) Berühmte Enzpromenade, herrliche Tannenwälder, Kurorchester, Theater, Fischerei. **Prospekte** etc. durch die **Kgl. Badverwaltung** oder **das Stadtschultheissenamt.**

Wildbad

Königl. Badhôtel mit Villa Wetzel. Ersten Ranges.
Hôtel Bellevue. Ersten Ranges.
Hôtel Concordia. Lift, Pension, gegenüber den Kuranlagen.
Hôtel Klumpp. Ersten Ranges.
Hôtel Post. Lift, Pension von 7—10 M. Prospekt.
Hôtel de Russie. Garten. Pension von 6.50—9.50 M. Prospekt.

SASSNITZ.

Ostseebad auf Rügen.
Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die Bade-Direktion.

Originalprodukte „Heyden"

von uns in die Medizin eingeführt:

Salicylsäure, salicylsaures Natrium, salicylsaures Wismut, Salol, Creosotal, Duotal, Xeroform, Orphol, Solveol, Itrol, Collargol, Acoin etc.

Neu: Salocreol und Salit, zur äusserlichen Behandlung rheumatischer und neuralgischer Erkrankungen. **Salit** ausserordentlich billig; **Salocreol** noch von spezieller Wirkung bei Erysipelas faciei, Lymphadenitiden und skrofulösen Drüsenanschwellungen.

Neu: Calodal, leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur subkutanen, ganz besonders aber auch zur rektalen Ernährung und zur Darreichung per os als Kraftnährmittel.

Wir fabrizieren in bester Qualität ***Acetylsalicylsäure,*** in Substanz und als leicht zerfallende Tabletten, **Guajacol,** cryst. und liquid., **Benzenaphtol, Phenacetin, Lactophenin, Hexamethylentetramin, Diacetylmorphinum hydrochlor.** etc.

Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,
oder deren Vertreter: (21) 10—6.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Verlag von ***FERDINAND ENKE*** *in Stuttgart.*

Soeben erschien:

Deutsche Chirurgie. Herausgegeben von **Prof. E. von Bergmann** und **Prof. P. von Bruns.** Lieferung 62a: **Tillmanns,** Prof. Dr. H., **Die Verletzungen und chirurgischen Krankheiten des Beckens.** Mit 277 teils farbigen Abbildungen im Text. gr. 8°. 1905. geh. M. 30.—

Dahlfeld, Dr. C., **Bilder für stereoskopische Uebungen.** Zum Gebrauch für Schielende. **Fünfte Auflage.** 28 Tafeln in Mappe. 1905. M. 4.—

Jahrbuch der praktischen Medizin. Kritischer Jahresbericht für die Fortbildung der praktischen Aerzte. Herausgegeben von **Prof. Dr. J. Schwalbe. Jahrgang 1905.** 8°. geh. M. 11.—, in Leinwand gebunden M. 12.—

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.

Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, mediko-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.

Saison Mai bis September. ***Prospekte gratis.***

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 6 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Дозв. ценз. Спб., 11 Іюня 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY
UNIV. OF MICH.
JUL 27 ...

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 24 St. Petersburg, den 18. Juni (1 Juli). **1905.**

Inhalt: Dr. H. Truhart: Ueber Entozoen im Pankreas. — **Referate:** E. Ekstein: Ein Beitrag zur Puerperalfieber-Frage. — F. Fischer: Ueber Behandlung des Bandwurms mit Farrenkrautextrakt. — **Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. August 1904.** — **XXII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden.** — **Tagesnachrichten.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

Ueber Entozoen im Pankreas.

(Vortrag, gehalten in der Sitzung der Dorpater Medizinischen Gesellschaft am 27. April 1905.)

Von

Dr. H. Truhart.

M. H. Die Kompliziertheit der topographischen Verhältnisse in der Oberbauchgegend findet bei eingehendem Studium der Organogenese unschwer ihre klärende Deutung. Aus der Entwicklungsgeschichte ist Ihnen ja Allen erinnerlich, dass der Magen im menschlichen Embryo zunächst eine der Längsachse des Körpers entsprechende Lage einnimmt. Mit der ganz allmählich sich vollziehenden Drehung des letzteren in die Querachse rückt gleichzeitig auch die in dem hinteren Peritonealblatte der Bursa omentalis eingebettete, mit jenem eng verbundene Bauchspeicheldrüse aus der sagittalen in die Frontalebene. Beim Erwachsenen kreuzt die Drüse die Wirbelsäule in der Höhe des letzten Brust- und des ersten Lendenwirbels, sie liegt den durch den Aortenschlitz des Diaphragmas hindurchtretenden grossen Blutgefässen unmittelbar auf und erstreckt sich vom Hilus der Milz bis zur concaven Ausbuchtung des Zwölffingerdarms, mit dem sie entsprechend ihrer dreifachen Uranlage (aus Duodenalrohr und Ductus Choledochus) fest verwachsen ist. An der dorsalen Fläche, links und rechts lateral, von der Niere und Nebenniere begrenzt, an der ventralen Seite von dem Magen und dem grossen Netze bedeckt und nach oben von dem linken Leberlappen nebst Gallenblase, von der Zwerchfellskuppe und dem Omentum minus überdacht, bildet das Pankreas das Zentrum des vielgestaltigen, in der Tiefe des Oberbauchraumes gelegenen Organenkomplexes. Zur besseren Orientierung in der Topographie und behufs Anregung der Erinnerung an die anatomischen Details erlaube ich es mir einige Illustrationen zu unterbreiten (Demonstration).

Es ist eine Raritätenecke aus der Pankreaspathologie, die ich heute vor Ihnen, verehrte Kollegen, näher beleuchten möchte. Ueber die Erkrankungen, welche in der Bauchspeicheldrüse des Menschen durch Entozoen verursacht bezw. veranlasst werden, finden wir in den Lehrbüchern der internen Medizin sowohl, wie auch der Chirurgie kaum Andeutungen; ja selbst die hervorragenden Monographien über das Pankreas von Körte und von Oser widmen diesem Kapitel nur wenige flüchtige Zeilen.

Die unmittelbare Nachbarschaft der Organe, insbesondere aber die zwischen der Bauchspeicheldrüse und dem Verdauungskanale bestehende offene Kommunikation dürften der Vermutung Raum geben, dass die in dem Darme schmarotzenden Entozoen sich der gemeinsamen Mündung des Gallen- und des Pankreasganges in das Duodenum als Eingangstor bedienen, um in gleich häufiger Frequenz in das Innere der Bauchspeicheldrüse zu dringen, wie die Leber hinaufzuwandern. Es darf aber als feststehende Tatsache bezeichnet werden, dass die Entozoen bei ihrer etwaigen Invasion in jene gemeinsame Ausgangspforte ganz unverhältnissmässig viel häufiger den Ductus Wirsungianus bei Seite lassen, um auf dem Wege des Choledochus der Gallenblase bezw. den Lebergängen zuzustreben. Für die augenfällige Bevorzugung dieses Organes vor dem Pankreas lassen sich objektiv stichhaltige Beweisgründe nicht wohl beibringen, hypothetisch scheint die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass das Pankreasekret von den Entozoen wegen dessen corrodierenden, eiweissverdauenden Enzymes mehr vermieden wird, als die Galle. Es dient aber die Leber erfahrungsgemäss nicht nur den selbstständig wandernden Askariden, welche fast durchweg schon in den oberen Teilen des Dünndarms zu geschlechtsreifen Würmern auswachsen, als Prädilektionssitz, auch die Echinokokken, welche den menschlichen Organismus nur als Zwischenwirt benutzen und deren embryonenhaltige Eier auf dem Wege des Blutstromes fortgetragen werden, lagern sich bekanntlich gleichfalls mit besonderer Vorliebe gerade in der Leber ab.

Digitized by Google

Die Anwesenheit von Entozoen in der Bauchspeicheldrüse ist wenigstens nach den bisher vorliegenden Erfahrungen in der Tat als ein sehr seltenes Vorkommnis zu bezeichnen. Insgesamt bin ich in der Literatur nur 24 kasuistischen Mitteilungen begegnet; ich selbst erinnere mich nur einmal an einer Leiche einen Ascaris lumbricoides im Pankreasgange angetroffen zu haben: zu Zweidrittel seiner Länge war er in diesem verborgen, der Schwanzteil ragte aus der Papilla Vateri frei in das Lumen des Duodenum hinein. Wie in diesem Falle, so pflegen auch sonst die Spulwürmer zumeist erst post mortem die Wanderung in den Wirsungianus anzutreten. Es kommen daher die Askariden nur äusserst selten als krankheiterregender Faktor bei den Pankreaserkrankungen in Betracht, rufen dann aber zufolge der Sekretsperre in der Drüse meist stürmische Erscheinungen hervor. Das in die Substanz des Pankreas einmal abgelagerte nur mikroskopisch sichtbare Ei der Taenia Echinokokkus hingegen hat erst nach längerem Wachstum ein schweres Krankheitsbild im Gefolge, da die Entwicklung des Embryo zur mit Flüssigkeit erfüllten Blasengeschwulst sehr langsam vor sich geht und ein Zeitraum von vielen Monaten erforderlich ist, bis diese die Grösse einer Walnuss oder eines Hühnereies erreicht. In nachstehendem sollen die Askaridiasis pancreatica und die durch Taenien verursachten Erkrankungen der Drüse gesondert ihre Besprechung finden.

1. Askariden [1]).

Die ersten Berichte über Einwanderung von Spulwürmern in den Ductus Wirsungianus haben Mauchart (1738) und Lieutaud (1767) gebracht; im letzteren Falle handelte es sich zugleich um einen Abszess im Pankreas. Friedrich erwähnt ausser diesen beiden, schon von Claessen gemachten Mitteilungen auch einer Beobachtung von Engel aus dem Jahre 1840, laut welcher mehrere Spulwürmer den grossen Pankreasgang und dessen Nebenzweige ausfüllten, zugleich aber auch viele dieser Würmer in die Gallengänge bis weit in die Leber hinauf gewandert waren. Sick führt in seiner Inaugural-Dissertation aus dem Jahre 1901 einen des Interesses nicht entbehrenden Fall an, welchen sein Vater im Jahre 1865 an der Leiche eines 46-jährigen Weibes beobachtet hatte: bei der Sektion wurden im Duodenum zwei Spülwürmer sichtbar, von denen der eine im Ductus Choledochus sich befand und mit seinem Kopfteile bis zum Grunde der Gallenblase gedrungen war und der andere im Ductus Wirsungianus sich bis zum Ende der Cauda des Pankreas verfolgen liess. Hier erwies sich in gleicher Weise, wie bei Mauchart, bei Engel und auch bei Nash, der im Jahre 1888 im Pankreasgange einen 6 Zoll langen Spulwurm vorfand, die Drüse «von normaler Grösse und von normalem Aussehen». In allen diesen Fällen, wie auch in der oben erwähnten von mir gemachten Beobachtung dürfen wir annehmen, dass die Askariden erst post mortem den Einzug in das Pankreas gehalten hatten.

Solches dürfte auch für die Fälle Giltigkeit haben, wo bei der Sektion in dem beträchtlich erweiterten Wirsung'schen Gange — z. B. bei chronischer interstitieller Pankreatitis — ohne irgendwelche anderweitige akute Reizerscheinungen von Seiten der Schleimhaut des letzteren die gleichzeitige Anwesenheit von mehreren Askariden vorliegt. So hat Klebs im Jahre 1870 sechs Spulwürmer, drei Männchen und drei Weibchen, im dilatierten Gange der Drüse angetroffen. Wie fast durchweg bei der Askarideninvasion hatte sich auch hier, wenigstens an vier Würmern feststellen lassen, dass deren Kopfende dem Caudalteile des Pankreas zugekehrt war; die beiden anderen, am weitesten vorgedrungenen, hatten sich jedoch schon auf der Rücktour befunden. Einen ähnlichen Fall hat, wie Davaine (1877) in seiner umfassenden Abhandlung «Traité des entozoaires et des maladies vermineuses» beiläufig erwähnt, Hayner bei der Obduktion einer Leiche beobachtet: hier hausten sieben Spulwürmer im ampullenartig erweiterten Gallengange und ein Wurm im Ductus Wirsungianus mit dem Schwanzende der Cauda pancreatis zugekehrt.

Unter Zugrundelegung dieser Arbeit von Davaine, welche eine ziemlich vollständige Sammlung der damaligen Gesamtmitteilungen über die Askaridiasis communis beim Menschen enthielt, ist Prospero Demateis in einer sehr eingehenden, in der Riforma med. im J. 1899 veröffentlichten Betrachtung bestrebt gewesen, die gesamte ältere helminthologische Kasuistik sowohl in pathologisch-anatomischer Hinsicht, wie auch in klinischer Beziehung mit den modernen Anschauungen der Pathogenese in Einklang zu bringen. Die Askaridiasis pancreatica speziell wurde von diesem Autor hierbei nur flüchtig gestreift, da Davaine bis zur Publikation jener Arbeit nur 4 einschlägige Berichte in der Literatur verzeichnet gefunden hatte. Diesen standen aber 36 Fälle von Einwanderung in das Gallengangsystem gegenüber. In der Leber werden darnach Spulwürmer im Ductus Choledochus, im Choledochus und in der Gallenblase, in den erweiterten Gallengängen, in Leberabszessen und in Hydatiden gefunden. In allen diesen Fällen nimmt Davaine an, dass die Würmer beim Eindringen in die Gallenwege ähnlich den Gallensteinen als mechanisches Hindernis für den Abfluss der Galle die Veränderungen in der Leber sekundär hervorrufen. Demateis hingegen ist der Ansicht, dass dieses mechanische Hindernis nie so beträchtlich ist, wohl aber «vermögen die Würmer durch ihre aktiven Bewegungen die Gallenwege zu verletzen und die schon vorher bestehenden Veränderungen in der Leber zu verschlimmern. Die Bildung von Leberabszessen ist, wenn man die toxische Wirkung des Wurmsekretes, sowie den Umstand berücksichtigt, dass die Würmer putride Stoffe aus dem Darmkanal mit sich führen, leicht erklärlich».

Im grossen und ganzen werden wir uns dieser Auffassung von Demateis wohl anschliessen können. Ist es doch aus den reichen Erfahrungen von Riedel, Kehr, Mayo, Körte u. A. genugsam bekannt, dass selbst grössere im Ductus Choledochus befindliche Gallensteine keineswegs Ikterus im Gefolge zu haben brauchen, desgleichen, dass eine Erweiterung der Gallenblase infolge von Gallenstauung bei Choledochussteinen zu den Seltenheiten gehört; die Gallenblase vielmehr sich unter solchen Verhältnissen meist im Zustande der Schrumpfung befindet. Die durch das Eindringen der Askariden in die Gallenwege bedingte lokale Verdrängung der baktericiden Gallenflüssigkeit — ich erinnere hierbei an die Resultate der experimental-pathologischen Forschungen von Talma und von Ehret und Stolz, betreffend die Entstehung der Cholecystitis — erst recht auch etwaige durch jene verursachte Verletzungen der verschiedenen, vielleicht auch schon zuvor anderweitig krankhaft affizierten Organgewebe dürften nur zu wohl geeignet sein, den gleichzeitig durch die Askariden aus dem Duodenum mit fortgerissenen Infektionskeimen einen Boden zu schaffen, welcher deren Vermehrung und Wucherung besonders günstig ist, sowie zur Aufnahme der Toxine praedisponiert.

[1]) Nur von der Gruppe der Askaris lumbricoides soll hier die Rede sein, da die übrigen der Familie der Askariden angehörigen Parasiten, die ja bekanntlich beim Menschen an sich nur selten beobachtet werden, im Pankreas bisher noch niemals angetroffen worden sind.

d. Verf.

Digitized by Google

Diese im Vorangehenden auseinandergesetzten pathogenetischen Grundsätze sind meines Erachtens mutatis mutandis auch bei der Askaridiasis pancreatica von massgebender Bedeutung. Eine schon intra vitam stattgehabte Einwanderung von Spulwürmern in das Pankreas wird sich demnach in solchen Fällen nicht ausschliessen lassen, in denen die Schleimhaut des Wirsungianus oberflächliche Läsionen oder andersgeartete vitale auf deren Invasion zurückführbare Reizerscheinungen erkennen lässt und in denen die Drüsensubstanz in unmittelbarer Nachbarschaft von dem Ductus oder von den Ductulis einen pathologischen Befund aufweist, dessen Genese auf eine Infektion bezw. Intoxikation durch pathogene Darmbakterien oder aber auch auf eine tatsächlich stattgehabte Sekretstauung hinweist, welche als solche durch Verstopfung des ganzen Ganges oder aber auch durch plötzlichen Verschluss der Ausgangsmündung, bei gleichzeitiger Behinderung der Resorptionsbedingungen für das angestaute Drüsensekret die bekannten, für das Pankreas typischen Kranheitserscheinungen, wie Fettzersetzung,- Autodigestionsnekrose des Drüsenparenchyms, Arrosion der Gefässwandungen, Blutungen, Hämatom- und Cystenbildung etc. im Gefolge haben. Folgende Beispiele aus der Literatur gestatten nach klinischem Verlauf und anatomischem Befund mit mehr oder weniger grosser Wahrscheinlichkeit die Schlussfolgerung, dass die Askarideninvasion die Veranlassung zur tötlichen Pankreaserkrankung geboten hat:

Fall Drasche (1868): «Pankreas-Abszess». (Wiederholte intrapankreatische Blutungen; Corrosion der Magen- und Duodenalwand.)

«Mann, 23 Jahre alt, gesund. Ohne Grund heftiger Magenschmerz, Appetitlosigkeit, Stuhl träge, geringes Fieber, Druckschmerz in der Magengegend, rasche Abmagerung. Anfälle 14 Tage lang von heftigen Schmerzen in der Magengegend, die geschwollen, gespannt, tympanitisch, mit vorübergehendem Collaps. In der 1. Woche faulige Diarrhoe, die plötzlich, dünn, massenhaft, wässerig, nebst Brechreiz und Gallenerbrechen. Entschiedene Besserung. In der 7. Woche wieder Fieber, Durchfall, Tympanie, Hicksen, zunehmende Schwäche, äusserste Abmagerung. Tod am 65. Tage. Pankreas gross, fest, gelblichrot. Mehrere Abszesse bis grösser als eine Bohne, zum Teil durch buchtige Zweige verbunden; je zwei Durchbrüche im Magen, Duodenum. Thrombose der Milzvene in Verbindung mit einem Abszess, darin Spulwurm. Leberabszess eigross. Fibrinöse Peritonitis, besonders oben».

In dem beschriebenen Falle erscheint es nicht ausgeschlossen, dass der Spulwurm erst sekundär nach schon stattgehabtem Durchbruch der Duodenalwandung, also nicht durch den Wirsung'schen Gang, sondern von dem peripankreatischen Bauchraum aus den Eingang in das Pankreas gefunden hat und dass ein schon vorhandenes Hämatom erst nachträglich durch Infektion in einen Abszess verwandelt worden ist. Anders ist die Sachlage in folgendem Fall Shea (1881). Askarideninvasion in den D. Wirsungianus. Abszedierende Pankreatitis.

«Frau, 29 Jahre alt. Vor 15 Monaten Schmerz in der Lebergegend, zwei Wochen Leibschmerzen und Gelbsucht. Besserung für ein paar Tage. Dann wieder Verschlechterung. Schmerz in der Gegend des Pankreas, Uebelkeit, Erbrechen, Gelbsucht, Bewusstlosigkeit. Tod nach 48 Stunden. Sektion: Körper gut genährt, deutlich gelbsüchtig. Lungen an der Basis etwas blutreich. Leber gross, blass, weich. Pankreas vergrössert und hart, enthält einen Abszess mit Eiter, Wurm 17 cm. lang im Pankreasgang».

Ob der oben erwähnte, von Lieutaud 1767 beobachtete Fall von Pankreasabszess durch schon intra vitam stattgehabte Askarideneinwanderung hervorgerufen worden ist, muss dahingestellt bleiben, da mir die zur Epikrise erforderlichen näheren Daten nicht zur Hand sind. Dasselbe gilt von der Beobachtung von Kirmsse, in welcher nach Dauernheim die Leber 7 Würmer enthielt, während sich noch je einer im Ductus choledochus und im Ductus pancreaticus befand.

In instruktiver Weise hat Durante auf dem Chirurgenkongress zu Rom im Jahre 1893 in Grundlage eines eingehenden Berichtes über den klinischen Verlauf und den Obduktionsbefund die Folgeerscheinungen nach plötzlicher «Einklemmung» eines Askaris lumbricoides in der Duodenalmündung des D. Wirsungianus geschildert. In gleicher Weise, wie ich solches öfters bei plötzlichem Verschluss durch, im Diverticulum papillae Vateri eingekeilte, grössere Gallensteine zu registrieren Gelegenheit gehabt habe, gab auch hier die Sekret-Sperre und -Retention zu sich wiederholenden Blutungen im Pankreas, zu reaktiver entzündlicher Wucherung des peripankreatischen Bindegewebes und zu «Cysten»-Bildung Anlass.

Fall Durante 1893: «Pankreascyste». Operation. Tod.

«Bei einer Frau traten lebhafte Schmerzen auf. Ein Tumor im rechten Abdomen. Bei der Laparotomie fand man an Stelle des Pankreas eine Cyste, deren Abtragung nicht leicht war. Als man die Cyste eröffnete, fand man in deren Innern einen weichen Körper, der das erweichte Pankreas darstellte. Der Ductus Wirsungianus war durch einen Spulwurm verschlossen. Die Cyste wurde an die Abdominalwände genäht. Patientin starb. Der Verschluss des Ductus veranlasste eine Stauung der Pankreasflüssigkeit und Ansammlung derselben zwischen dem eigentlichen Pankreas und der fibrösen Kapsel. Die Kapsel fiel einem irritativen Prozesse anheim, wobei sie mehr und mehr gespannt wurde und mit Endothelschichten sich bedeckte. Es bestand keine Glykosurie».

Der etwaige Einwand, dass es fraglich erscheine, ob die Spulwürmer in Galle und Pankreassaft nicht die Lebensfähigkeit einbüssen und daher auch im vorliegenden Falle jene Krankheitserscheinungen im Pankreas schon vorher durch anderseitige Einflüsse hervorgerufen sein könnten, wird durch die Erfahrung hinfällig, dass Spulwürmer in Eiterhöhlen der Leber — hier oft in aufgerolltem Zustande —, wie aber auch in Pankreasabszessen selbst nach einem Aufenthalt von vielen Wochen noch lebend angetroffen werden. Solches ergiebt sich auch aus einer kasuistischen Mitteilung über tötliche Askaridiasis, welche O. Vierordt neuerdings dem naturhistorischen Medizinischen Verein zu Heidelberg in der Sitzung vom 16. Dezember 1902 unterbreitet hat. Eine abgekürzte Wiedergabe dieser an sich interessanten Beobachtung erscheint mir um so mehr angezeigt, da hier zum ersten Male die Diagnose auf Askaridenabszesse der Leber und des Pankreas schon während Lebzeiten gestellt werden konnte.

Ein 2 Jahre alter Knabe, welcher schon seit dem Sommer kränkelte, niemals jedoch Zeichen von Gelbsucht bot, erkrankte gegen Ende September 1902 mit hohem Fieber und Erbrechen von 3 jugendlichen Exemplaren von Askaris lumbricoides. Auf Santonin gingen erst grössere, weiterhin durch Wochen täglich kleinere Mengen solcher mit dem Stuhle ab. Unter heftigen Schmerzen, remittierendem Fieber und schleimigen Stühlen magerte das Kind ab. Der Leib war mässig aufgetrieben, Empfindlichkeit im rechten Hypochondrium. Askarideneier in den Ausleerungen nachweisbar, auch weiterhin täglich Abgang von 16—30 jugendlichen Exemplaren von weissen schlanken Würmern. Ausser der Empfindlichkeit im rechten, machte sich auch im linken Hypochondrium dicht über Nabelhöhle ein solcher bemerkbar und dann und wann war hier ein wallnussgrosser, schon bei leisestem Druck sofort in der Tiefe verschwindender Tumor fühlbar. In der Narkose erwies sich die Leber gross, fest, deren Rand teils von regelmässiger, teils knotiger gekerbter Beschaffenheit. Leichte Leukocytose (15000 : 5¼ Mill., also 1 : 132). Keine Eosinophilie. Die zweizeitige Operation der Leber (von Prof. Lossen ausgeführt) ergab eine grosse feste Leber mit vereinzelten Höckern. Einstich in letztere hatte kein Resultat. Unter fortgesetzter Wurmentleerung (ca. 500 Stück [3]), zuweilen auch auf dem Wege von Erbrechen, verfiel das Kind. Ikterus war nie vorhanden, die Temperatur schwankte, Fröste fehlten.

---

[3]) Petit, hat nach der Angabe von Sick, sogar die ungeheure Menge von etwa 2500 Spulwürmern binnen 5 Monaten «meist durch Mund und Nase» abgehen sehen.

d. Verf.

Digitized by Google

Der kleine Tumor links wurde schliesslich als ein Abszess des Pankreasschwanzes diagnostiziert. Nie Krämpfe, Koma etc., wohl aber ein paar Schübe von Urticaria.

Sektion: Leber gross, Gallengänge erweitert, in allen Herden der Leber kleine, weisse Askariden, auch der Ductus Choledochus und hepaticus waren mit solchen vollgepfropft. Im Darm, im Magen, im Oesophagus, im Larynx ca. 200 Würmer. Auch der Duktus pancreaticus enthielt einen Wurm, der Pankreasschwanz war nekrotisch und von Eiter umgeben. Alle die bei der Sektion angetroffenen Würmer waren die gleichen, wie die intra vitam entleerten: 5—15 cm. lang, dünn, vollkommen weiss; es waren junge Askariden und kein einziges geschlechtsreifes Weibchen darunter.

Wenn die Askariden nun auch bei ihrer so seltenen direkten Einwanderung in den Ductus Wirsungianus nach unserer bisherigen Erkenntnis nur ganz ausnahmsweise zu schweren Erkrankungen des Pankreas den äusseren Anlass zu bieten scheinen, so darf doch ihre pathogenetische Bedeutung für dieses Organ meines Erachtens nicht ganz ausser acht gelassen werden. Die relative Häufigkeit ihrer Invasion in den Ductus Choledochus, vereint mit der aus den neueren anatomischen Forschungen (Zuckerkandl, Helly, v. Büngner) hervorgehenden Erfahrungstatsache, dass der Choledochus nur in 5 pCt. der Fälle frei am Pankreas vorbei, in 95 pCt. aber mit seinem ca. 2 cm. langen Endstück und zwar in einem engen, ganz von Drüsengewebe umschlossenen Kanal des Pankreaskopfes verläuft, verleiht der Annahme mindestens eine grosse Wahrscheinlichkeit, dass die Spulwürmer bei ihrer Wanderschaft in die Gallenwege in analoger Weise, wie die herabwandernden Gallensteine, imstande sind, sei es

erstens bei zeitweiligem plötzlichem Verschluss der Duodenalmündung (Diverticulum papillae Vateri) Sperre und Retention von Pankreassekret und deren Folgeerscheinungen, sei es

zweitens bei andauernder Verstopfung des intrapankreatisch gelegenen Teiles des Choledochus Hyperaemie, Ekchymosen und capilläre Hämorrhagien, ja

drittens bei etwaigen Läsionen der Schleimhaut des Gallenganges oder auch der Bauchspeicheldrüsensubstanz selbst zufolge der Uebertragung von etwaigen Infektionskeimen entzündliche Vorgänge und Abszesse im Pankreaskopfe herbeizuführen.

Bisher ist in solchen Fällen bei der Obduktion die Aufmerksamkeit leider hauptsächlich nur auf den Zustand der Gallenwege und auf die Leberveränderungen konzentriert, das pathologisch-anatomische Verhalten der Bauchspeicheldrüse aber fast niemals gleichzeitig mitberücksichtigt worden. Was die Häufigkeit der Askarideninvasion in die Gallenwege anbelangt, so sind mir mit Einschluss der von Dauernheim (1900) und von Sick (1901) publizierten Fälle insgesamt 78 kasuistische Mitteilungen bekannt. Ihnen stehen nur 12 Askaridenbefunde im Pankreas gegenüber, jene übertreffen also diesen um mehr als das sechsfache.

Als Paradigmata mögen drei Beispiele von Choledochus-Askaridiasis aus neuerer Zeit wegen ihrer Besonderheiten hier referiert werden:

Fall Marchiafava 1895: Ulceröse Colitis. Askaris im D. Choledochus. (Obduktionsbefund).

Es handelte sich um ein an ulceröser Colititis leidendes und auch Ikterus aufweisendes Individuum. Im hochgradig erweiterten Gallengange fand sich zwischen vielen Konkrementen ein weiblicher Askaris lumbricoides. «Dieser Spulwurm hatte sich im D. Choledochus festgesetzt und Gallenstauung und Konkrementbildung verursacht». Auf der Vorderfläche der Leber zwei fibröse Cysten mit kreideartigem Inhalt; in diesem Wurmfragmente.

Im Anschluss hieran sei beiläufig bemerkt, dass Lobstein in einem Fall in den Gallenwegen einen Gallenstein, dessen Kern ein abgestorbener junger Askaris bildete, gefunden hat.

Fall Neugebauer 1903: Askaris im Choledochus. Choledochotomie. Heilung.

Schwere Erscheinungen, welche denen eines Choledochusverschlusses glichen, drängten bei einer Patientin zur Operation. Bei der nunmehr ausgeführten Choledochotomie wurden aus dem Gallengange ein Askaris extrahiert und zu gleicher Zeit zwei Gallensteine entfernt. Es ist dies die erste Operation, bei welcher an einem Lebenden ein Spulwurm aus dem Gallengange auf operativem Wege entfernt worden ist.

Fall Clemm (Darmstadt) 1903: «Ein Spulwurm im Gallengange unter dem Bilde der Leberkolik». Spontane Heilung.

Ein 27-jähriger Mann litt seit mehreren Wochen neben anderweitigen dyspeptischen Beschwerden an Gefühl von Voll- und Geblähtsein, sowie an Gürtelgefühl um den Leib, welches schmerzhaft gesteigert im Rücken bis in die Schultern hochstieg. Zeitweilig Verstopfung. Der Boas'sche «Druckpunkt», ein pathognomonisches Kennzeichen für entzündliche Leberschwellung, war ausgesprochen schmerzhaft. Kein Ikterus. Anämie. Cholelithiasis und einfache «nervöse Dyspepsie» schien ausgeschlossen: die Diagnose schwankte zwischen Frerich'scher Leberkolik und alternierender Leber- und Dickdarmkolik. Behandlung: Wärme, Diät, Spiritusumschläge um den Leib, innerlich Arsen. Ein plötzlicher heftiger Kolikanfall wurde durch warme Kompressen und durch Albargineinläufe erfolgreich bekämpft, er kehrte jedoch um so schmerzhafter immer von neuem wieder, bis auf der Höhe eines ganz besonders heftigen Anfalls ein junger Spulwurm von etwa 10 cm. Länge heraufgewürgt und erbrochen wurde. «Von diesem Augenblicke an hatten die Schmerzen aufgehört, ohne wiederzukehren» und dann waren auch alle übrigen Beschwerden gehoben.

Schon diese drei kasuistischen Mitteilungen geben uns Aerzten lehrreiche Winke für die Praxis an die Hand! Clemm mag, zumal die Entwicklung des Askaris lumbricoides vom Ei bis zum vollständig geschlechtsreifen Wurme ca. 10 Wochen Zeit in Anspruch nimmt, durchaus Recht haben, wenn er in der Epikrise seinen Krankheitsfall dahin deutet, «dass ein verschlucktes Spulwurmei oder bald nach seinem Ausschlüpfen der Embryo in der Vater'schen Papille den Gallengang als Wohnsitz sich aufsuchte und dass das wachsende Tier hier die sich steigernden Beschwerden verursachte, bis der unerbetene störende Gast durch kräftige Muskeltätigkeit der Gallengang- und Darmwände hinausbefördert wurde». Die gesamte Kasuistik der nicht gar so seltenen Invasion der Askariden in die Gallengänge führt uns aber grell vor Augen, in wie unzureichendem Masse bisher die klinische Beobachtung sowohl, wie aber vor Allem auch die pathologische Anatomie dem wichtigen Organe der Bauchspeicheldrüse ihre Aufmerksamkeit zugewandt hat.

Endlich werden Askariden gelegentlich frei in der Bauchhöhle angetroffen, ohne dass etwaige geschwürige Perforationen, oder auch anderweitige, wenn auch noch so geringfügige Gewebsverletzungen in den Darmwandungen nachweisbar sind. Die Wanderung der Würmer per perforationem auf zufälligen Wegen war schon den alten Griechen (Hippokrates) bekannt. Davaine führt in seiner kasuistischen Sammlung 15 Fälle an, von denen 5 mit Peritonitis verknüpft waren. Die Annahme, dass das Durchdringen durch geschlossene Gewebe nur dank besonderer Mundwerkzeuge der Helminthen möglich sei, ist durch die sorgfältigen Untersuchungen von Bianchi, Plater u. a. widerlegt worden. Heutzutage ist man der Ansicht, dass eine solche Wanderung meist post mortem oder aber kurz vor dem Tode in der Weise vor sich geht, dass die Würmer an schon zuvor erweichten Stellen der Darmwandungen die Gewebsfasern auseinanderdrängen und ohne eine Spur zu hinterlassen sich den Weg in die Bauchhöhle zu bahnen vermögen.

2. Cestoden.

Von den schmarotzenden Cestoden sind die Taenia solium Rudolphi und die Taenia saginata Göze bis-

Digitized by Google

her nur im Darm des Menschen aufgefunden worden. Dass ein Bandwurm sogar noch während Lebzeiten des Wirtes die Wand des Duodenum und die Substanz des Pankreas durchbohrt, um sich in diesem Organe, wenn auch nur für kurze Zeit, wohnlich einzurichten, diese zweifellos als Unicum dastehende Tatsache habe ich in dem Zentralblatt für Bakteriologie Bd. 28. 1900, S. 430 verzeichnet gefunden. Die klinischen Erscheinungen des Falles sprachen, wie der Autor anführt, dafür, dass die Taenia kurz vor dem Tode der Patientin durch die Darmwand hindurch in die Bauchspeicheldrüse eingedrungen war. Die exquisite Rarität dieser Beobachtung, sowie der Umstand, dass mir in der Literatur bisher nirgends ein Hinweis auf sie begegnet ist, wird die Wiedergabe derselben gerechtfertigt erscheinen lassen.

Fall Al. Stieda 1900: Taenia saginata im Pankreas.

Der Verfasser fand im Jahre 1900 bei der Sektion einer an Pylorusearcinom gestorbenen Frau im Duodenum eine Taenia saginata, welche die Wand des Duodenum durchbohrt hatte und sich bis in das Pankreas hinein verfolgen liess. Im Pankreas zog sie zuerst ziemlich oberflächlich, dann nach der Rückseite hin, wo sie ein regelmässiges Convolut bildete; der Kopf fand sich im Pankreasgewebe dicht an der hinteren Fläche. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Taenia bei ihrer Wanderung durch's Pankreasgewebe verschiedene Wege benutzte, z. T. die vorgebildeten Hohlräume, teilweise drang sie auch mitten durch das Parenchym der Drüsenläppchen.

(Schluss folgt).

Referate.

E. Ekstein: Ein Beitrag zur Puerperalfieber-Frage. Die zweiten fünf Jahre geburtshilflicher Praxis. (Halle, Verlag v. C. Marhold. 1904).

E. will nicht zugeben, dass jede Wöchnerin, die Temperaturstörungen über 38° aufweist, als «morbida» bezeichnet wird. Das mag eher für Kliniken und Gebäranstalten Geltung haben, wo die Infektionsmöglichkeit grösser ist (Einschleppung infektiöser Stoffe, Nichteinhalten der Abstinenzverpflichtung). Viele spontane und operative Geburten verlaufen unter den hygienisch denkbar schlechtesten Umständen in der Praxis normal. Die von den Autoren aufgestellten Thesen über die Aetiologie der puerperalen Infektion stimmen nach Ansicht Verf.'s nicht mit den gewonnenen Erfahrungen des praktischen Geburtshelfers überein. E. hat über 234 geburtshilfliche Fälle zu berichten, bei denen er zu intervenieren Gelegenheit hatte.

Lingen.

F. Fischer: Ueber Behandlung des Bandwurms mit Farrenkrautextrakt. Hygiea 1904 Juli. S. 743.

Die vorbereitende Hungerkur ist schädlich. Der Patient wird mehr dadurch geschwächt als der Wurm. Sie disponiert zu Erbrechen und ist die Ursache, wesshalb die Wurmkur als eingreifend gilt. Nötig ist nur eine gründliche Reinigung des Darms.

Das Extrakt muss vor der Dispensierung gründlich umgerührt werden, weil ein Teil der wirksamen Bestandteile beim Stehen auskrystallisiert, wodurch die verchiedenen Lagen des Präparats verschiedene Stärke erhalten.

Als Abführmittel empfiehlt er grosse Dosen Ricinusöl eine Stunde nach Einnahme des Extraktes. Die Bedenken dagegen hält er für unbegründet.

Als Normaldosis des Extrakt. filic. mas sieht Verf. 10 gr. an. Als wirksamer empfiehlt er das Extrakt von Aspidium spinulosum und A. dilatatum. Von diesen genügen 4—5 Gramm.

Als das beste Mittel, Uebelkeit und Erbrechen vorzubeugen, empfiehlt Verf. die horizontale Lage, wenigstens [illegible] das Extrakt sich noch im Magen befindet. Ist das Mittel einmal ausgebrochen, lohnt es sich, nicht es nochmals zu geben. (Madeira mit dem Extrakt gegeben verhütet oft Erbrechen. Ref.).

Buch.

Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904.

Dritte Sitzung.

Mittwoch, den 18. August, 9 Uhr morgens.

(Fortsetzung.)

II. Dr. E. Fischer-St. Petersburg: **Die Therapie der durch die artoriosklerotische Herzinsuffizienz bedingten Zirkulationsstörungen.**

Da auch die beiden folgenden auf der Tagesordnung stehenden Vorträge das Gebiet der Arteriosklerose betreffen, wird beschlossen, die Diskussion über alle 3 Vorträge gemeinsam zu eröffnen.

III. Dr. v. Engelhardt-Riga: **Zum Sympathikusproblem.** (Ist in Nr. 51, Jahrg. 1904 dieser Zeitschrift erschienen).

IV. Dr. Idelsohn, Riga: **Ueber schmerzende Füsse.** (Ist in Nr. 3, Jahrg. 1905 dieser Zeitschr. erschienen).

Diskussion über II.—IV.:

Dr. E. Mey-Riga schliesst sich in der Causalfrage der Sklerose der Ansicht derjenigen Kollegen an, die sie als eine Abnutzungserscheinung, als einen physiologischen Prozess ansehen, dem kein Mensch entgeht, wenn er in ein gewisses Alter tritt, gleichgiltig wie sich seine Lebensweise gestaltet. Alle angeführten Momente spielen natürlich in der Aetiologie auch eine gewisse Rolle, doch wird dem Alkoholgenuss eine zu grosse Bedeutung beigemessen. Weshalb bei dem Einen die Sklerose früher auftritt als beim Anderen wissen wir eigentlich nicht. Nach M.'s Ansicht ist eine Konstitutionseigentümlichkeit des einzelnen Individuums der Grund für die zeitliche Verschiedenheit im Auftreten der Sklerose. Der Zusammenhang mit dem Nervensystem und der Psyche wird unterschätzt, Dr. v. Engelhardts Vortrag bildet einen Hinweis, wie eine Erklärung dieses Zusammenhanges gefunden werden könnte. Wichtig ist, in welchen Körperteilen der erste Prozess sich lokalisiert; ist bei einem jungen Individuum dieses z. B. die Koronararterie, so muss man das als eine zufällige Erscheinung ansehen, da man keinen Grund dafür finden kann. In betreff der medikamentösen Therapie weist M., auf eine Arbeit Ewalds bezugnehmend, auf die systematischen Morphiuminjektionen hin bei schweren Zuständen mit Insuffizienzerscheinungen.

Dr. Thilo-Riga: Der Ausdruck «Herzmassage» ist unglücklich gewählt, da man das Herz nicht massieren könne. Man hat zu Erschütterungen gegriffen, die mit Motoren ausgeführt werden, doch haben sich diese nicht sehr bewährt. Th. wendet hauptsächlich Massage des Unterleibes an und künstliches Atmen gegen die Atembeschwerden, und geht allmälig erst zu passiven, dann aktiven Bewegungen über. Bei Asthma ist besonders auf die Ausatmung Gewicht zu legen, eine gesteigerte Einatmung wirkt beunruhigend.

Dr. W. v. Holst-Reval: Obschon es mir als Neurologen nur recht sein kann, wenn H. v. Engelhardt die Bedeutung der psychischen Faktoren in der Aetiologie der Arteriosklerose höher bewertet als es für gewöhnlich geschieht, ihnen gewissermassen zu ihrem Recht verhilft, so habe ich nichtsdestoweniger die Berücksichtigung eines Punktes in seinem ideenreichen Vortrage vermisst. Ich meine die Bedeutung der verschiedenen Giftwirkungen bei dem Zustandekommen des sog. Sympathicismus, nicht nur des Alkohols, des Kaffees und des Nikotins, sondern vor allem der, wenn auch hypothetischen Selbstvergiftungen. Wenn ich von zwei mir besonders geläufigen Krankheitsbildern, dem Basedow und der Dementia praecox ausgehe, so kann ich nicht umhin an der Theorie Herrn v. Engelhardts auszusetzen, dass sie nicht genügend in die Tiefe dringt. Bei den genannten Symptomenkomplexen fehlt oft kein Zeichen des Sympathicismus, dass aber die letzte Ursache dieser Erkrankungen nicht im Sympathicus selbst zu suchen ist, darüber

Digitized by Google

sind heute die meisten Forscher einig und dass es sich um ein, sei es wo es wolle herstammendes Gift und dessen Wirkung auf Gehirn, Muskelsystem, Hautgebilde und auch auf den Sympathicus handelt, ist beim gegenwärtigen Stande der Forschung zum mindesten sehr wahrscheinlich. Ueber die Rolle des in solchen Fällen zu postulierenden «angeborenen Empfänglichkeitsgrades» lohnt es sich nicht zu streiten, denn diese entzieht sich noch mehr als die anderen Faktoren einer halbwegs genauen Bestimmbarkeit. Unter uns befindet sich der Autor einer Vergiftungshypothese, die in den Sexualorganen den Ausgangspunkt für die katatonischen Verblödungspsychosen gefunden zu haben glaubt, doch möchte ich betonen, dass auch diese Eventualität noch durch keinerlei unanfechtbare Tatsachen gestützt ist. Trotz aller Anerkennung der soeben von Herrn v. Engelhardt aufs neue so umfassend begründeten Ansicht, dass die fortdauernden Erregungen des Herz- und Gefässapparates durch gemütliche Reize zu allgemeiner Atheromatose und auf diesem Wege zum Tode führen, kann sich mein Kausalitätsbedürfnis blos bei der einmal als gegeben zu betrachtenden Uebererregbarkeit nicht zufriedengeben.

Was die äusseren Gifte anbetrifft, so scheint mir Herr Idelsohn die Bedeutung des Tabaks nicht genügend betont zu haben. Er muss im hohen Grade dazu angetan sein, die Voraussetzungen für eine vorzeitige lokale Abnutzung im Gefässsystem hervorzurufen. Einige der anwesenden Herren werden sich vielleicht noch des typischen Falles von Dysbasia arteriosclerotica erinnern, den ich im Mai 1903 im Rigaer Aerzteverein vorstellen konnte. Der 32-jährige Mann, war weder Trinker noch hatte er Lues durchgemacht, auch bot die Familie nichts Belastungähnliches, er war aber passionierter Raucher; derartige Anamnesen bei intermittierendem Hinken könnte ich noch mehr anführen. Dagegen scheint Erb, trotz aller Verdienste um die Klarstellung dieses Bildes, und trotz der Zögeschen Kälteexperimente, die Bedeutung der niedrigen Temperatur beim Zustandekommen der Dysbasie etwas zu überschätzen. Wenn er einmal kurzweg behauptet, das Leiden käme in Russland so häufig vor, weil es dort kälter wäre (als ob man sich nicht durch warme Fussbekleidung schützen könne), so bedarf diese Erklärung speziell für die wohlhabenden Klassen, die doch allein bis zu Erb gelangen und von ihm in Betracht gezogen wurden, einer entschiedenen Einschränkung. — Dass diese Kranken im Zimmer besser gehen können, wie Herr Idelsohn bemerkt hat, ist mir bisher nicht aufgefallen, dagegen kenne ich solche, die auf dem harten städtischen Steintrottoir weit schneller gehunfähig werden als auf weichen ländlichen Landwegen. Von einem gewissen ätiologischen Interesse erscheint mir eine Beobachtung, die ein 61-jähriger Herr, den ich vor einem Jahr einige Zeit hindurch wegen Dysbasia angiosclerotica behandelt habe, kürzlich an sich selbst gemacht hat. Als er einmal zufällig ohne das doppelseitige Bruchband zu gehen versuchte, bemerkte er eine wesentliche Erleichterung und der Nauheimer Kollege Dr. Grote konstatierte, dass der Puls an den Tibiales posticae weit deutlicher zu fühlen war wie vor her oder nach abermaliger Anlegung des Bruchbandes. Dieser Fall erinnert an den ersten von Charcot veröffentlichten, wo auch ein mechanisches Moment, eine vergessene Flintenkugel durch Druck auf die femoralis, bei der Entstehung der peripheren Arteriosklerose eine Rolle spielte. — Im Gegensatze zu Herrn Fischer muss ich dem Jod in den verschiedensten Anwendungsweisen uneingeschränktes Lob spenden. So streng kontraindiziert sein Gebrauch beim Basedow wäre, so sehr dürstet der arteriosklerotische Organismus nach diesem oft wunderbar wirkenden Medikament.

Dr. Truhart-Jurjew (Dorpat): Eine gewaltig umfangreiche Frage ist mit den drei letzten Vorträgen zur Diskussion gestellt worden, eine Frage, die gegenwärtig in dem Vordergrunde des Interesses der Pathologen und Kliniker steht. Hierfür legen, ausser den schon angeführten Abhandlungen, die zahlreichen gehaltvollen Arbeiten der letzten Jahre von Hasenfeld, Edgren, von Schrötter, Basch, Grassmann, Hoppe-Seyler, Erb jun. u. A., endlich aber auch die eingehenden diesbezüglichen Verhandlungen auf dem jüngst stattgehabten Kongress für innere Medizin in Leipzig beredtes Zeugnis ab. Sowohl die Histologie wie die Aetiologie und die Diagnose der Arteriosklerose, die man früher wesentlich nur als eine senile Abnutzungskrankheit aufzufassen pflegte, haben neuerdings mächtige Förderung erfahren. v. Schrötter gebührt der Verdienst als erster auf die sklerotische Erkrankung auch der Venen aufmerksam gemacht zu haben, auch die Rolle der vasa vasorum — bisher ganz unberücksichtigt — wird jetzt schon von einzelnen Autoren betont. Die kurze Spanne der uns zur Diskussion eingeräumten Zeit gestattet es leider nicht auf Details näher einzugehen, nur einzelne zur Sprache gebrachte Momente möchte ich hier berühren. Wenn Herr Kollege v. Engelhardt eine Latenzperiode in Frage stellt, so möchte ich nur hervorheben, dass lange bevor sich palpable Störungen an den peripheren Arterien der oberen und unteren Extremitäten, ja selbst bevor sich auf sphygmographischem, selbst mit C. Frankes Pulsschreiber feststellbarem Wege, eine sichere Steigerung des Blutdruckes nachweisen lassen, anatomisch-histologisch schon deutlich circumscripte Veränderungen an den Wandungen einzelner lokaler Gebiete der Arterienverzweigungen kenntlich machen. Der frühere Lehrer an unserer Hochschule Prof. E. Rählmann ist, wenn ich nicht irre, der erste gewesen, welcher durch sorgfältige Untersuchungen der arteria centralis retinae feststellen konnte, dass der sog. schwarze Star seine Entstehung nicht, wie man bisher annahm, einer Embolie, sondern degenerativen sklerotischen Vorgängen an der Intima verdanke: ganz lokalisierte, nur auf einige Mm. Ausdehnung sich beschränkende subendotheliale Wucherungen sind es, die schliesslich durch buckelartige Erhöhungen zum Verschluss des Gefässlumens und zur völligen Erblindung führen. Auch klinisch ist die Arteriosklerose der kleinen Netzhautarterien der Diagnose sehr wohl zugänglich und berechtigt ein solcher Befund die Annahme gleichartigen Krankheitsvorganges an den Hirnarterien, ohne den sonst an der Radialis, der Tibialis postica oder der art. temporalis sklerotische Erscheinungen sich erkennen lassen.

Aber auch noch auf andere Momente möchte ich hinweisen, die für die von mir — im Gegensatz zu Engelhardt — verfochtene Latenz der Arteriosklerose, bevor sie palpabel an den peripheren Arterien oder als, von Huchard sog. «Stabilität des Pulses» in Erscheinung tritt, so auf die Arteriosklerose der Splanchnicusgefässe. Herr Idelsohn deutete schon flüchtig auf die speziell bei Hebräern besonders häufig auftretende nervöse Obstipation hin, die in jener Lokalisation der Sklerose ihre anatomisch-pathologische Begründung findet. Der Claudicatio intermittens und der Dysbasia schliesst sich die Dysphagia arteriosclerotica als ein charakteristisches pathognomonisches Symptom an. Abdominelle Druckempfindlichkeit, Gastralgien und Enteralgien, Obstipation, Meteorismus infolge von Darmparese sind nur zu häufig als Frühsymptome der Arteriosklerose (spez. der Splanchnicusgefässe) zu betrachten. Nicht nur der Lues (circumscripte Sklerose und Atheromatose der Bauchaorta), auch anderem aetiologischen Ursprung entstammen diese juvenilen, zwischen dem 20.—40. Lebensjahre, auftretenden Formen der intraabdominellen Sklerose, die das anatomische Substrat liefert für tiefgreifende parenchymatöse Ernährungsstörungen der Bauchorgane und für schwere auf reflektorischem Wege ausgelöste klinische Erscheinungen auf nervösem Gebiete, die sich bis zu schwerem Ileus steigern können. Dr. W. v. Holst gegenüber möchte ich betonen, dass der Alkohol nicht nur toxisch wirkt, sondern schon allein durch die Dehnung der Gefässe infolge der andauernden oder immer und immer wiederkehrenden Plethora den Tonus der Gefässwandungen schädigend beeinflusst. Die durch den übermässigen Bier- und Weingenuss, aber auch durch Schlemmerei anderer Art, verursachte hochgradige Fettablagerung im Bauchraum, ist gleichfalls als ein wesentlicher Faktor in der Pathogenese der Dysphagia arteriosclerotica zu bezeichnen: die sog. «fettige Degneration» der Splanchnicusgefässe giebt in gleicher Weise zu mannigfachen gastro-intestinalen Störungen Anlass. Der Einfluss der bakteriellen Gefässe ist auf experimentellem Wege von den Franzosen sichergestellt und von Erb jun. jüngst gleichfalls bestätigt worden.

Die Bestreitung der Erkältung als aetiologisches Moment der Arteriosklerose lässt sich auf Grundlage der exakten experimentellen und histologischen Untersuchungen von Prof. Zöge von Manteuffel und von Rudnitzki sicher widerlegen. Was endlich zum Schluss die Therapie anlangt, so möchte ich dem von Herrn Fischer bestrittenen günstigen Einfluss der Jodpräparate entschieden das Wort reden. Die Opiate, besonders das Morphium liefern ja zweifellos temporär, so auch bei der arteriosklerotischen Gastralgie und Enteralgie eklatante Beruhigungserfolge, aber nicht nur bei der peripheren Arteriosklerose, bei der Claudicatio intermittens, auch bei der Dysphagia arteriosclerotica lässt sich durch zweckmässige Jodordination dauernde Besserung erzielen.

Prof. Tschish: Vollständig übereinstimmend mit den Ausführungen des Herrn Dr. Idelsohn halte ich es für nötig auf die mehr praktische Bedeutung der von ihm dargelegten Tatsachen hinzuweisen. Schon seit einigen Jahren habe ich die Meinung vertreten, dass alle Fälle von Schmerzen in den Unterextremitäten sich ohne Zuhilfenahme des Muskelrheumatismus erklären lassen. Eine doppelseitige Ischias kommt ferner vor, wenn auch sehr selten. Auch kann die Influenza Schmerzen in den Unterextremitäten zur Folge haben. — Psychische Ursachen können nicht als unmittelbare Veranlassung der Arteriosklerose angesehen werden. Die Ursache der Arteriosklerose ist vielmehr in Intoxikationen und Autointoxikationen zu suchen. Besonders ist die letztere Ursache bei den Hebräern

Digitized by Google

zu finden. Bei ihnen zeigt sich die Arteriosklerose früh und verläuft besonders gutartig. Bei leicht erregbaren Individuen, und unter den Hebräern sind ihrer nicht wenige, kann die Arteriosklerose entstehen, weil infolge der Affekte, wie erwiesen, sich im Organismus toxische Substanzen bilden, welche dann auf die Gefässe einwirken.

Dr. Koppe-Pernau sieht die Hauptursache der Arteriosklerose in dem Schwund der Elastizität der Gefässe und des Herzens aus Mangel an Uebung, empfiehlt daher zur Heilung ausreichende und zwar forcierte Bewegung (Sport) bei möglichster Beschränkung der Nahrungszufuhr.

Prof. Dehio: Die heutige Diskussion erinnert an die Verhandlungen über Sklerose auf dem diesjährigen Leipziger Kongress für innere Medizin. Für die Genese haben alle angeführten Ursachen ihre Bedeutung. Die Intoxikation und Autointoxikation wirkt auf die nervösen Centren, dadurch kommt es zu den sekundären Veränderungen an den Gefässen und Geweben. Wie das alles auf einander folgt und von einander abhängt, lässt sich jetzt noch nicht genau feststellen.

In Leipzig konstatierte eine grosse Majorität gegenüber einer Minorität die Wirksamkeit des Jodes. Die Venosität des Blutes nimmt, nach den Rombergschen Versuchen, unter Jodgebrauch ab. Das Blut wird flüssiger, die Herzarbeit wird damit entlastet, es tritt also Schonung des Herzens ein. Die Versuche wurden an 20 Gesunden ausgeführt.

Dr. Fischer: Ich bin nicht richtig verstanden worden. Ich will durchaus nicht jede Jodtherapie verwerfen, im Gegenteil, auch ich habe oft günstige Beeinflussung gewisser Zustände davon gesehen, nur gegen den sinn- und kritiklosen Jodgebrauch will ich Front machen. — Ich betone nochmals: das Wichtigste in der Therapie ist die Diätetik, das richtige Mass in bezug auf Nahrung, Flüssigkeit, Bewegung etc., darin liegt der Schwerpunkt. In allen Stadien, unter allen Umständen Jod zu brauchen, ist ein Unfug. Wenn man ohne Medikamente was erreichen kann, so soll man eben keine brauchen, bis zu dem Moment, wo sie wirklich nötig werden. Dr. Mey gegenüber möchte ich doch noch einmal die toxische Wirkung täglichen Alkoholgenusses hervorheben. Prof. Tschish gegenüber verweise ich darauf, dass psychische Alteration doch Blutdruckschwankungen hervorruft und insofern durchaus in der Therapie berücksichtigt werden muss, — selbst angenommen, dass die Affekte in erster Linie Stoffwechselanomalien hervorrufen, so werden diese doch durch den Affekt bedingt.

Dr. v. Engelhardt: Ich bezweifele nicht ein Latenzstadium der Arteriosklerose, ich glaube nur nicht, dass dieser Zustand für uns immer erkennbar ist, wohl aber ein Reizzustand des Sympathikusnervennetzes, welcher in direktem Zusammenhang mit der späteren Angiosklerose zu stehen scheint. Dass die Schmerzen nicht immer mit dem pathol.-anatomischen Befunden coincidieren, ist eine zu häufige und zu verständliche Erscheinung, welche uns nicht dazu verleiten sollte, diese Schmerzen als neurasthenische oder hysterische zu kennzeichnen. Dass Schwinden des Schmerzes durch Ablenkung der Aufmerksamkeit ist ebenso wenig ein Beweis für seine hysterische Natur. Ich möchte die Autointoxikation nicht als aetiologisches Moment für das Auftreten der Arteriosklerose missen, aber ihre Bedeutung ist überschätzt worden. Die Ueberfüllung des Kreislaufes mit Stoffwechselprodukten regressiver Art wird doch erst dann die deletäre Wirkung auf das Gefässsystem ausüben, wenn die den Reiz vermittelnden Nerven weniger widerstandsfähig geworden sind. So erkläre ich mir auch die Wirkung des Jods bei mit Arteriosklerose kombiniertem Basedow. Die innere Sekretion vermittelt den Reiz auf dem Wege der Nervenbahn, und diese wird wahrscheinlich durch das Jod in günstiger Weise beeinflusst. Was die Bade- und Trinkkuren anlangt, so halte ich sie für höchst segensreich bei beginnender Arteriosklerose, weniger vielleicht durch den momentanen Effekt, als durch das erzieherische Moment, welches ihnen innewohnt. Der Kranke erfährt, dass er sich bei einer gewissen Unterernährung und regelmässigem Stuhlgang etc. wohler fühlt und kommt zu einer vernünftigen Lebensweise durch die Badekur.

Dr. Idelsohn: Ich halte mich nicht für kompetent zur Frage der allgemeinen Arteriosklerose Stellung zu nehmen, und möchte nur auf die Frage der Arteriosklerose der Fussarterien noch etwas näher eingehen. Wie soll man sich den Einfluss des Nikotins, dieser allgemein wirkenden Schädlichkeit, beim intermittierenden Hinken erklären, da müssen doch lokale Ursachen mindestens ebenso wichtig erscheinen. Einige Anhaltspunkte dafür dürfte nun der von mir betonte Zusammenhang des intermittierenden Hinkens mit Plattfuss geben. Die Kälte und die eigenartigen cirkulatorischen Bedingungen, denen die Unterextremitäten unterworfen sind, begünstigen ebenfalls diese Lokalisation; dann dürfte noch eine Ueberanstrengung und vor allem eine angeborene Enge des Gefässsystems, die sich bei meinen Kranken häufig durch palpable Anomalien an den Radialarterien, — es fehlte der eine oder andere Radialpuls oder sie waren deutlich different-dokumentierte. In den 3 Fällen, die Frauen betrafen, und bei mehreren männlichen Patienten kam Tabak überhaupt nicht in Frage.

Gegenüber Herrn Koppe muss ich betonen, dass gerade die Ueberanstrengung gewisser Gefässprovinzen diese zur Arteriosklerose disponiert — man würde sich wohl hüten, Kranke mit intermittierendem Hinken «ordentlich laufen zu lassen». Den Wert der Uebung will ich nicht in Abrede stellen — sie würde wohl in erster Linie dem Herzen zugute kommen und damit der Gefässsklerose steuern, ohne diese direkt zu beeinflussen. — Gegenüber Herrn Prof. Tschish erlaube ich mir zu bemerken, dass ich die Influenzaneuralgie der Beine und die doppelseitige Ischias nicht erwähnt habe, weil ich mich nur auf eigene Beobachtungen stützte und mir entsprechende Kranke nicht vorgekommen sind, die Literatur berichtet ja über solche mehrfach. Die Beobachtung des Kollegen von Holst betreffend, habe auch ich in 2 Fällen ein Schenkel-Bruchband als mögliche Ursache des Verschlusses der Fussarterien in Betracht gezogen, die Entfernung war in meinen Fällen erfolglos, eine ähnliche Beobachtung brachte vor einigen Jahren van Oordt. — Gegenüber Herrn v. Engelhardt möchte ich an dem Begriffe typischer neurasthenischer Schmerzen festhalten; bei akuter Ischias dürfte Ablenkung auch wenig ändern; im übrigen giebt es noch mehrere Anhaltspunkte, um die Differentialdiagnose gegen nicht neurasthenische Schmerzen abzugrenzen.

Dr. Thilo-Riga schliesst sich darin Koppe an, dass arteriosklerotische Erkrankungen der Beine so häufig sind, weil bei Individuen mit sitzender Lebensweise und solchen, die viel stehen müssen, die Beine zu wenig bewegt werden. Gummi wird spröde und brüchig, wenn er nicht benutzt oder geknetet wird, die Gummischläuche kann man z. B. sehr lange erhalten, wenn man sie täglich ein wenig reckt oder knetet, bei anderen organischen Stoffen liegen die Verhältnisse ähnlich und bei den elastischen Blutadern sind wohl auch entsprechende Vorgänge anzunehmen.

V. Dr. R. v. Holst-Riga: **Kemmern und seine Heilfaktoren nach den Entwässerungsarbeiten.** (Ist in dieser Zeitschrift Nr. 44 u. 45, Jahrg. 1904, erschienen).

Schluss der III. Sitzung.

Sekretär: G. Engelmann.

XXII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden.

Vom 12.—15. April 1905.

Bericht von Dr. Prüssian — Wiesbaden.

(Fortsetzung).

(cf. Nr. 23.)

Als Korreferent sprach Prof. F. Martius-Rostock: Ueber Krankheitsanlage und Vererbung mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose.

Die Bedeutung der Vererbung überhaupt wird von der einen Seite nur als wissenschaftlich hochinteressante Fragestellung, nicht als für den praktischen Arzt wichtig eingeschätzt, von der anderen Seite wie z. B. von älteren erfahrenen Klinikern, vor allem aber von Kassenhygienikern, sehr hoch bewertet.

Von Wichtigkeit ist nach der Ansicht von M. vor Allem eine Verständigung der Streitenden über die Begriffe Vererbung und Disposition.

Rob. Koch gab für die Tuberkulose von Anfang an die Anlage oder Disposition zu, Vererbung leugnete er; v. Behrings Auffassung war eine kompliziertere und missverständlichere. Ein Schüler M.'s, R. Schlüter, hat in einem Buche «Die Anlage zur Tuberkulose» die vorhandene Literatur, die Ergebnisse der Tierexperimente zusammengestellt und nur wenige Fälle angeborener Tuberkulose gefunden. Praktisch kommt die bei der Geburt angeborene Form der Krankheit für ihre Bekämpfung nicht in Betracht. Dennoch hat die Vererbung, wenn dieser Begriff richtig und zwar biologisch erfasst wird, recht viel mit der Entstehung der Krankheit zu tun. Was heisst Vererbung?

Unter «ererbt» (seitens der Kinder), unter «vererbt» (seitens der Eltern) versteht die Biologie nur solche Eigenschaften, die als Anlagen im Keimplasma der elterlichen Geschlechtszellen enthalten waren.

Die ganze Erbmasse des neuerstandenen Individuums steckt nach Form und Inhalt in den beiden nach der Kopulation mit

Digitized by Google

einander verschmelzenden Geschlechtszellen in Ovulum und Spermatozoon. Ist diese Verschmelzung vollendet, so ist der Akt der Ererbung erledigt. Was nunmehr im Mutterleib auf den wachsenden Embryo hinzukommt, ist eine äussere Einwirkung, z. B. die Abschnürung eines Armes oder einer Ohrmuschel. Angeboren ist also der allgemeine Begriff. Er umfasst, was zur Zeit der Geburt in und an dem Individuum vorhanden ist, ererbt ist der speziellere, er umfasst, was nur durch die Keimstoffe dem Individuum zuteil wurde.

Das Anlagekapital an geistigen und körperlichen Eigenschaften und Eigentümlichkeiten, das ein jeder mit auf die Welt gebracht, verdankt er beiden Eltern zu gleichen Teilen; die Mutter, die das Kind austrägt, kann wohl die Entwickelung modifizieren (hemmen oder fördern), aber der fixierten Erbmasse nichts Neues, keine «Determinante» (Aug. Weissmann) hinzufügen.

Biologisch kann man daher, wenn von der Mutter her ein Bazillus auf die Frucht übergeht, von der Krankheit als einer angeborenen (congenitaler), nicht aber von Heredität (Erblichkeit) sprechen; die Habsburger Unterlippe, die Orleansnase ist ererbt, der Klumpfuss ist angeboren, im Mutterschoss erworben, aber nicht geerbt.

In diesem streng begrifflichen Sinne also giebt es keine hereditären Krankheiten: dieser Satz stösst liebgewordene Denkergewohnheiten vor den Kopf, ist aber für die im Denken geschulten Biologen fundamental.

Die Bluterkrankheit, die man diesem Satz entgegenhält, ist keine Krankheit, diese Krankheit ist ja weder ein Wesen noch eine Eigenschaft, sondern ein Vorgang, der erst am ausgebildeten Gewebe entsteht; der Bluter ist an sich kein Kranker, sondern ein mit einer sehr gefährlichen, ererbten Gewebsbeschaffenheit Versehener und an sich Gesunder. Nicht Krankheiten, wohl aber Krankheitsanlagen werden vererbt.

Aeussere Ursachen (Bazillen, Gifte) lösen Krankheiten nur aus, wenn sie auf vererbte Anlagen stossen, wie auch die Studien über Immunität beweisen. Die Disposition (Anlage) ist kein mystisches Wesen, auch nichts Einheitliches, sondern etwas sehr Variables; jeder ist schliesslich zur Phthise disponiert, nur der Grad der Widerstandsfähigkeit unterliegt den Schwankungen. Diese Krankheitsanlagen können natürlich im Einzelleben erworben werden, z. B. durch eine die Lungen überanstrengende Beschäftigung (Steinhauerei).

Können nun diese individuell erworbenen Anlagen vererbt werden?

Bei dem Begriff erblicher Belastung kann es sich ja nur (s. o.) um die Gefahr einer erblichen Uebertragung der Anlage zu derselben Krankheit handeln. Haben die Eltern nun ihrerseits eine Krankheit geerbt, nicht erst erworben, so ist die Chance der Kinder, an gleichen Leiden zu erkranken, natürlich eine sehr grosse. In dem Streit Weissmann-Virchow stellt sich M. auf die Seite des Ersteren und leugnet die Vererbbarkeit erworbener krankhafter Eigenschaften bei dem artfest gewordenen, d. h. historischen Menschen. Die Tatsachenreihen, die dagegen angeführt werden:

1) Vererblichkeit von äusserlichen Verletzungen.
   Typ.: Erbliche Schwanzlosigkeit der Hunde.
2) Erbliche Uebertragung von experimentell beim Tier erzeugten Nervenkrankheiten.
   Typ.: Meerschweinchenepilepsie.
3) Erbliche Uebertragung individuell erworbener Immunität.
   Typ.: Ricinversuche Ehrlich's

werden von dem Vortragenden analysiert und zugunsten seiner Auffassung gedeutet.

Alles, was die Körperzellen (die überwiegende brutale Masse der Zellen) schädigt, ist auch vererbbar. Wenn aber neben den Körperzellen auch noch die feineren «Keimzellen» geschädigt werden, z. B. durch den Alkohol, dann wird die Nachkommenschaft geschädigt. Daher die Idiotie, Epilepsie, kurz die Entartung bei den Kindern von Alkoholikern.

Das biologische «Verantwortlichkeitsgefühl vor der Heiligkeit kommender Generationen» muss noch zum lebendigen Faktor unseres sittlichen Empfindens werden.

Vortragender behandelt noch weiter den populär schwer wiederzugebenden Ausdruck: Keimesvariation. (Das Original des Vortrages erscheint demnächst bei F. Deuticke-Leipzig.) Dass ganz neue Eigenschaften oder Krankheitsanlagen bei der heutigen Menschheit vor unseren Augen entstehen, ist möglich, aber extrem selten. Der historische Mensch hat sich nach Ottokar Lorenz (gestorben 1904) weder physisch noch intellektuell irgendwie wesentlich geändert. Mit dem Uebermenschen hat es die Natur also nicht so eilig. Die unsinnige Furcht vor Entartung der Rasse ist ebenso unbegründet wie die vor den Bakterien. Die wichtigen Determinanten sitzen im Keimplasma unserer Ahnen. M. empfiehlt das Lorenz'sche Handbuch der Genealogie als grundlegend für alle diese Studien. Neben der Kontinuität des Keimplasmas, das die Art verbürgt, steht die Variabilität des Keimes, die jedem sein Gepräge giebt. In der zweiten Generation hat jeder Mensch 4096 Ahnen! Von ihnen hat er eine oder mehrere besondere Determinanten geerbt, die sich kombinieren!

Wird jemand farbenblind geboren, so brauchen es seine Eltern nicht zu sein; dass es die Urgrosseltern gewesen, was so schwer nachzuweisen, genügt schon. Dasselbe gilt für alle körperlichen und geistigen Eigenschaften, für die Beschaffenheit von Haut und Haaren, Herz und Magen etc. Es giebt daher (wie Steinmetz dem Marxismus gegenüber behauptet) nichts Dümmeres als die Lehre von der angeborenen Gleichheit der menschlichen Anlage. Wahrscheinlichkeitsrechnungen, kurz Durchschnittszahlenwerte, das sind die sogenannten Vererbungs «Gesetze»; sie existieren als solche ebensowenig wie es «Spielgesetze» oder «Spielsysteme» in Monte Carlo giebt.

Der «hygienische Standesbeamte», das Individuum, das für die Ehe wählt, kann nur die Häufung von Vererbung schädlicher Eigenschaften verhüten, nicht aber seinen Kindern gewisse Eigenschaften «anzüchten» wollen. Die Familie ist überdies ein sozialer, kein biologischer Begriff; die Familie Goethe ist ausgestorben: wer will aber sagen, in wieviel Menschen z. B. in Italien die Vererbungswerte dieses Genius fortleben und biologisch weiterwirken? Möglichst gute Gesamt-Konstitutionen sollen für eine Ehe massgebend sein. M. geht dann noch weiter auf die Edinger'sche Theorie des Nervenaufbrauches ein, sowie auf die Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Zuckerkrankheit, Fettsucht), und auf die Bedeutung des Konstitutionsproblems, das M. als Erster scharf formulierte.

Alles krankhafte Wesen lässt sich bekämpfen; der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, gegen den Alkoholismus, giebt der Rassenhygiene ein erreichbares Ziel und wirklichen Inhalt. Nicht willkürlich beherrschbar sind hingegen die Kombinationen der Vererbungselemente; je besser die Gesamtkonstitution der Eltern, desto grösser die Aussicht auf gute Nachkommenschaft. Die allmächtige Natur sorgt besser als wir es uns ausklügeln können, für die Erhaltung der Rasse. Ein resignierter Pessimismus hat nur Sinn unter Ueberbewertung des individuellen Einzelschicksals. Für die Menschheit erwächst als reifste Frucht biologischer Forschung und Betätigung — ein gesunder lebendiger und tatkräftiger — Optimismus.

Die dritte Sitzung des Congresses war durch Vorträge und sich anschliessende Diskussion über die Röntgen- und Lichtstrahlenbehandlung gewisser Blutleiden ausgefüllt; es sprachen die Herren:

Prof. A. Hoffmann-Düsseldorf: Ueber Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen.

Paul Krause-Breslau: Ueber Röntgenstrahlenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie.

G. Lefmann-Heidelberg: Experimente über Leukocytose und Röntgenstrahlen.

Linser und Helber haben in der Tübinger medizinischen Klinik die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut am Tierexperiment verfolgt, eine Frage, die sich angesichts der therapeutischen Resultate der Röntgen-Bestrahlungen bei leukämischen Menschen sehr in den Vordergrund drängte. Es fand sich (vergl. Münch. med. Wochenschrift № 15, 1905), dass es mit Röntgen-Strahlen gelingt, die Leukocyten (weissen Blutkörperchen) bei Tieren (Hunden, Kaninchen und Ratten) völlig oder bis auf geringe Reste aus dem kreisenden Blute verschwinden zu lassen. Diese Wirkung, die nur den Röntgen-Strahlen, nicht aber dem Radium und dem ultravioletten Lichte zukommt, wird von L. u. H. auf eine primäre Zerstörung der Leukocyten im kreisenden Blute zurückgeführt. L. u. H. stützen sich u. a. auf die Tatsache, dass man bei Tieren, die durch Röntgen-Bestrahlungen völlig leukocytenfrei (im kreisenden Blute) geworden sind, noch reichlich weisse Blutzellen in Milz, Knochenmark etc. finden kann; ferner, dass es für den Erfolg der Bestrahlung bei grösseren Tieren völlig gleichgültig ist, welcher Körperteil bestrahlt wird. Auch ausserhalb des Körpers zeigt sich in frischen und gefärbten Präparaten deutlich die Wirkung der Röntgen-Strahlen auf die Leukocyten in einem ausgesprochenen Zerfall derselben. Durch den Zerfall der Leukocyten infolge Röntgen-Bestrahlung entstehen in dem Blutserum giftige Substanzen, Leukotoxine. Dieses leukotoxisch wirkende Serum ruft, normalen Tieren injiziert, erhebliche Zerstörung von weissen Blutzellen hervor, während normales, nicht bestrahltes Serum Hyperleukocytose erzeugt. Die Wirkung dieses «Röntgenserum» hängt ausschliesslich von der Anwesenheit bezw. der Menge der der Bestrahlung ausgesetzten und dadurch zerstörten Leukocyten ab. Es entsteht also aus dem Zerfall der-

Digitized by Google

selben. Durch Erhitzung auf 55–60° lässt es sich inaktivieren.

Ferner wurde das Auftreten einer gewissen Immunität gegen das Leukotoxin bei einer Anzahl von bestrahlten Tieren beobachtet. Nach dem anfänglichen tiefen Abfall der Leukocytenzahl im kreisenden Blute stellte sich trotz fortgesetzter Bestrahlungen ein spontanes Wiederansteigen der Leukocytenzahl ein.

Ausser dieser spezifischen, direkten Wirkung der Röntgen-Strahlen auf die weissen Blutzellen waren stärkere Veränderungen der Blutbeschaffenheit nicht nachweisbar; rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutgerinnung erlitten keine bemerkenswerte Aenderung durch die Bestrahlungen.

A. Braunstein-Berlin sprach über die Bedeutung der Radiumemanation und ihre Anwendung. Ueber experimentelle Untersuchungen über die physiologische Wirkung der Radioaktivität der Mineralwässer, berichteten die Herren P. Bergell-Berlin, A. Bickel-Berlin.

Es lässt sich experimentell beweisen, dass die in vielen Mineralwässern enthaltene Radioaktivität, die einen integrierenden Bestandteil dieser Mineralwässer darstellt, bestimmte physiologische Wirkungen ausübt. Wenn das Mineralwasser die Quelle verlassen hat, schwindet die Radioaktivität in kurzer Zeit. Die physiologische Wirkung des Wassers wird dadurch verändert.

Die neuen Untersuchungen zeigen den verschiedenartigen Einfluss auf die Magenfunktion, zwischen emanationsfreiem Mineralwasser (Wiesbadener Kochbrunnen) und dem gleichen, nur emanationshaltigen Mineralwasser. Die Emanation wurde durch ein Destillationsverfahren aus Radiumsalzen hergestellt und dem Mineralwasser, das seine Emanation verloren hatte, zugesetzt.

Die Versuche geben die Möglichkeit einer Erklärung auf experimenteller Grundlage, warum das der Quelle frisch entnommene Mineralwasser eine andere physiologische Wirkung hat, als das exportierte Wasser.

In der Diskussion warnten die Herren Lenhartz-Hamburg, Pentzoldt-Erlangen u. a. vor übertriebenen Hoffnungen, die man auf die Röntgen-Behandlung setzte und wünschten genaue Technik in der Anwendung der Apparate und in der Auswahl der Fälle; His-Basel machte auf ältere Untersuchungen von Geitel über Radioaktivität aufmerksam.

Die folgende Sitzung brachte eine Reihe Einzelvorträge aus dem Gebiete der Pathologie der Verdauung und der Stoffwechselkrankheiten.

Herr Richartz-Würzburg sprach «Zur Kenntnis und Differenzierung der chronischen Diarrhöen».

Reges Interesse erweckten die interessanten Ausführungen von Luethje-Tübingen der durch Experimental-Beobachtungen zuerst an Tieren feststellte, dass die umgebende Temperatur von hervorragendem Einfluss auf die Zuckerausscheidung ist, insofern, als dieselbe bei niedriger Temperatur hoch, bei hoher Temperatur geringer ist. Diese Verhältnisse sind nach Luethje bedingt durch die Wärme-Oekonomie des tierischen Körpers, der das Bestreben hat, bei Erniedrigung der Temperatur seine Eigenwärme beizubehalten. Gleiche Resultate ergaben Beobachtungen an menschlichen Zuckerkranken: auch hier sank die Zuckerausscheidung bei Erhöhung der Aussentemperatur, so dass sich hier ein dankbarer Gesichtspunkt für die Therapie ergiebt. In der Diskussion bestätigte Herr Embden-Frankfurt diesen Befund und Herr Klemperer-Berlin betonte, dass durch die Luethje'schen Untersuchungen Licht geworfen würde auf mehrere bekannte praktische Erfahrungen, die man bisher theoretisch sich nicht habe erklären können. Dies seien der häufiger bemerkte Unterschied zwischen Karlsbader Kuren im Sommer und im Winter zugunsten der ersteren, ferner die gute Einwirkung der Bettwärme und des Alkohols, der ja auch als Wärmebildner anzusehen sei auf schwere Formen von Zuckererkrankungen.

Herr Bickel-Berlin sprach über «Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss von Kochsalzthermen auf die Magensaftsekretion». Experimente an Tieren ergaben, dass durch die Darreichung von Kochsalzthermen (Wiesbadener Kochbrunnen) die sekretorische Abscheidung der Magenschleimhaut gesteigert wird. In der Diskussion wurde betont, dass es zweifelhaft sei, ob diese an Tieren gefundenen Resultate ohne weiteres auf den Menschen übertragbar seien.

Herr Roos-Freiburg sprach «Ueber das Cerolin». Das Cerolin ist die Fettsubstanz der Hefe und soll der eigentliche Träger der Hefewirkung sein. Gleich der Hefe ergab es eine günstige Beeinflussung der Furunkulose und ferner der Acne durch Aufhörung der Knötchenbildung und Besserung des Teints.

Zum Schluss berichtete Herr Sasaki-Japan über «Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Extraktivstoffe des Fleisches für die Magenverdauung». Dieselben ergaben, dass die Magenschleimhaut auf Darreichung von Extraktivstoffen (Bouillon, Liebig's Fleischextrakt) kurz vor der Mahlzeit mit einer intensiveren Produktion von höherwertigem Magensaft reagiert. In der Diskussion erwähnte Herr Bickel-Berlin, dass der Salzsäure dieselbe Wirkung zukomme.

(Fortsetzung folgt.)

Berichtigung.

In Nr. 22 auf S. 220 links Zeile 30 von oben bitten wir anstatt «gekürzte» zu lesen: «gekreuzte». (scib. Doppelbilder).

d. Red.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der bekannte Berliner Augenarzt Prof. Dr. Hirschberg ist von der American medical Association aufgefordert worden, auf der bevorstehenden Versammlung derselben als Ehrengast einen Vortrag in der ophthalmologischen Abteilung zu halten und begiebt sich zu diesem Zweck nach Portland im Staate Oregon.

— Der Bezirksarzt im Daghestangebiet, Staatsrat Dr. Theodor Haberkorn, ist nach 45-jährigem Dienst auf seine Bitte verabschiedet worden. — H. ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er von 1854—1860 studierte und die goldene Preismedaille erhielt. Nachdem er längere Zeit als Arzt an verschiedenen Civil-Institutionen in Moskau und St. Petersburg gedient, wurde er i. J. 1877 Militärarzt und machte als solcher den russisch-türkischen Krieg und die Expedition gegen die Teke-Turkmenen mit, worauf er verschiedene militärärztliche Stellungen im Kaukasus bekleidete.

— Der Oberarzt des Warschauer Krankenhauses «Kindlein Jesu» und Professor ord. der Warschauer Universität auf dem Lehrstuhl der operativen Chirurgie, wirkl. Staatsrat Dr. Maximow, ist von der erstgenannten Stellung zurückgetreten. In dem genannten Krankenhause, das über 662 Krankenbetten verfügt, befinden sich alle Kliniken der Warschauer Universität.

— Verstorben: 1) In Borowitschi der frühere Militärarzt, wirkl. Staatsrat Dr. Karl Krebel, im 67. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in St. Petersburg geboren und erzogen und hatte seine medizinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1858—1865 studierte. Nach Erlangung der Doktorwürde fungierte K. als jüngerer Ordinator des Militärhospitals zu Sweaborg, dann als älterer Ordinator am Militärhospital in Helsingfors. Nach Aufhebung des letzteren i. J. 1887 wurde er als Oberarzt in das 2. Sophiasche Infanterieregiment nach Moskau versetzt und darauf zum Brigadearzt der Finnländischen Schützenbrigade ernannt. In den letzten Jahren lebte er pensioniert als freipraktizierender Arzt in Helsingfors. 2) In Kertsch der freipraktizierende Arzt Chaim Moses Waindrach im Alter von 45 Jahren, nach fast 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit, an Apoplexie. 3) In Staschew (Gouv. Radom) der Senior der dortigen Aerzte Dr. Wladislaw Kott im 73. Lebensjahre. Die Praxis hat der Verstorbene seit 1857 ausgeübt. 4 u. 5) In der Seeschlacht bei Sushima der ältere Flotten-Arzt Peter Jurjew, 36 Jahre alt, und der jüngere Arzt Boris Bertenson, 27 Jahre alt. Beide sind mit der ganzen Mannschaft des Panzerschiffes «Kaiser Alexander III» untergegangen. 6) Am 4./17. Juni bei Halle der bekannte Psychiater, Professor der Hallenser Universität Dr. Karl Wernicke im Alter von 57 Jahren. Während einer Radfahrtour geriet er unter die Räder eines Lastwagens und erlitt schwere Schädelverletzungen, denen er erlegen ist. Mit Wernicke verliert die deutsche Wissenschaft eine bedeutende Kapazität. In Tarnowitz in Schlesien geboren, studierte W. in Breslau, war dann Assistent an der psychiatrischen Klinik in Berlin und wurde i. J. 1885 ordentlicher Professor der Psychiatrie in Berlin. Seit kurzer Zeit war W. als Professor und Direktor der psychiatrischen Klinik in Halle tätig.

Digitized by Google

Wernicke hat eine reiche wissenschaftliche Tätigkeit entwickelt. Er vertrat insbesondere die anatomische Richtung in der Analyse der Geisteskrankheiten als Schüler und Nachfolger Prof. Meynerts. Seine Lehrbücher und Abhandlungen wie die Arbeiten über den Verlust des Sprachvermögens haben grosse Anerkennung gefunden. 7) Am 13. Juni n. St. in Aachen der Senior der dortigen Badeärzte, Geh. Sanitätsrat Dr. Georg Mayer, dessen Bedeutung gleicherweise auf dem Gebiete der Praxis wie auf dem der schriftstellerischen Tätigkeit in seiner Fachwissenschaft liegt. Im April d. J. konnte Dr. Mayer unter grosser Beteiligung deutscher Aerzte und sonstiger Kreise seinen 80. Geburtstag in voller geistiger und körperlicher Frische begehen; kaum zwei Monate später riss ihn ein Schlaganfall aus seinem Beruf.

Von Universitäten und Vereinen.

Auf den vakanten Lehrstuhl der Histologie und Embryologie an der Kiewer Universität, hatte, wie dem «R. Wr.» mitgeteilt wird, die medizinische Fakultät den Privatdozenten der Moskauer Universität Dr. M. Gardner gewählt und die übrigen Konkurrenten, darunter auch den Privatdozenten Dr. F. Lomikowski, der mehr als ein Dezennium als Prosektor bei dem genannten Lehrstuhl in Kiew fungiert und eine grosse Zahl von wissenschaftlichen Arbeiten vorgestellt hat, ausballotiert. Der Konseil der Universität hat jedoch nach Prüfung dieser Wahlangelegenheit eine abweichende Ansicht in bezug auf die genannten Kandidaten bekundet und mit überwiegender Majorität den Privatdozenten Dr. Lomikowski für diesen Lehrstuhl gewählt.

— Nachdem die von dem Kuratorenkonseil der Moskauer Höheren weiblichen Kurse und von der Gesellschaft zur Gründung eines weiblichen medizinischen Instituts in Moskau getrennt eingereichten Gesuche um Errichtung eines solchen med. Instituts in Moskau vom Ministerium der Volksaufklärung abschlägig beschieden worden, haben jetzt beide obengenannte Gesellschaften gemeinschaftlich ein diesbezügliches Projekt ausgearbeitet und dem Ministerium bereits vorgestellt.

— Die im Jahre 1903 gegründete Gesellschaft Russischer Aerzte in Odessa, welche hauptsächlich Professoren der örtlichen medizinischen Fakultät zu ihren Mitgliedern zählt, war wegen mangelhafter Beteiligung in ihrer Existenz bedroht. Da nun neuerdings wieder eine grössere Zahl neuer Mitglieder der Gesellschaft beigetreten ist, so hat sie, wie wir dem «R. Wr.» entnehmen, am 13. April c. beschlossen, ihre Tätigkeit wieder aufzunehmen. Zum Präses wurde Prof. S. Lewaschëw und zum Vizepräses — Prof. D. Kischenski gewählt.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Am 2. Juni hatte der aus dem Fernen Osten zurückgekehrte Arzt Dr. Krüger vom Evangelischen Feldlazarett das Glück, sich Ihrer Majestät der Kaiserin-Wittwe Maria Feodorowna vorstellen zu dürfen.

— Dr. Walter v. Oettingen, der anfänglich Oberarzt des Livländischen Lazaretts des Roten Kreuzes, später Oberarzt eines anderen Lazaretts auf dem Kriegsschauplatz war, hat sich in Begleitung seiner Frau, die ihn als Operationsschwester begleitet hatte, ins Ausland begeben, da ihm von der Verwaltung des Roten Kreuzes ein 3-monatiger Urlaub gewährt worden ist.

— Dr. M. N. Obesjaninow, der das Marinehospital in Port Arthur während der ganzen Dauer der Belagerung als Chefarzt geleitet hat, ist am 11. Juni nach Libau zurückgekehrt, nachdem er im März, also erst nach vollständiger Beendigung der Evakuierung der Kranken und Verwundeten, Port Arthur verlassen hatte.

— In Reval ist der Stud. med. Otto Riesenkampff, nachdem er über ein Jahr auf dem Kriegsschauplatze tätig gewesen und sich wiederholt durch seine Schneidigkeit und Entschlossenheit im Dienste des Holländischen Feldlazaretts ausgezeichnet hat, gesund und wohlbehalten eingetroffen.

— Auf dem Dampfer «Zar» sind Ende Mai in Odessa der ältere Arzt eines Lazaretts in Mukden, Sigismund Brodowitsch, 4 andere Aerzte und 18 barmherzige Schwestern angelangt. Diese gehörten zu einer der während der Schlacht in Mukden tätigen Sanitätsabteilungen und waren in japanische Gefangenschaft geraten, wurden jedoch in der Folge in Freiheit gesetzt.

— Die Verwaltung des Roten Kreuzes hat den Finanzminister um Anweisung einer monatlichen Subsidie von 750,000 Rbl. gebeten, da die durch den Krieg an das Rote Kreuz gestellten Anforderungen dieses notwendig machen. Wie verlautet, hat der Finanzminister vorläufig, bis zur endgültigen Entscheidung dieser Angelegenheit, dem Roten Kreuz einen Kredit von 500,000 Rbl. angewiesen.

— Es ist angeordnet worden, in den aktiven Dienst auch Aerzte, welche die bisher gültige Norm von 65 Lebensjahren überschritten haben, aufzunehmen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Dem Privatdozenten der militär-medizinischen Akademie Dr. W. Hubert ist die Konzession zur Herausgabe einer Monatsschrift in russischer Sprache unter dem Titel „Здоровье и Жизнь" (Gesundheit und Leben) erteilt worden. Die neue Zeitschrift wird in St. Petersburg unter der Redaktion des Herausgebers ohne Präventivzensur erscheinen.

— Von der Estländischen Landessanitätskommission wird bekannt gemacht, dass die Stelle eines Leiters der I. Estländ. Sanitätskolonne, die im Falle des Auftretens der Cholera zu organisieren wäre, vakant ist. Die Pflichten des anzustellenden Arztes bestehen z. Z. in der Leitung der vorbereitenden Massnahmen. Beim Auftreten der Epidemie hat sich der Arzt mit der Sanitätskolonne an den Ort des Auftretens der Epidemie zu begeben. Als interimistisches Gehalt ist zunächst die Summe von 50 Rbl. monatlich festgesetzt; für den Fall der Ausrüstung und Absendung der Kolonne ist ein Gehalt von 300 Rbl. monatlich in Aussicht genommen. Die Meldung geschieht beim Präses der Estl. Landessanitätskommission Baron Dellingshausen in Reval, Ritterhaus.

— Das Moskauer Stadtamt hat im Hinblick auf die rechtzeitige Ergreifung von Massregeln gegen die Ausbreitung ansteckender Krankheiten in der Wohnung eines jeden städtischen Sanitätsarztes ein besonderes Telephon anbringen lassen, damit durch rasche Benachrichtigung der Sanitätsärzte über jeden Fall einer ansteckenden Krankheit sofort zur Ergreifung der erforderlichen Massregeln geschritten werden kann.

— Am 1. Juni wurde in Paris ein Denkmal für den berühmten Geburtshelfer Prof. Tarnier enthüllt. T. ist dargestellt am Bett einer Wöchnerin stehend, die ihren Neugeborenen emporhält.

— Die Kurkommission von Bad-Gastein ersucht uns mitzuteilen, dass dort allerdings in der vorigen Saison einige Erkrankungen an Typhus vorgekommen sind, welche ihren Ausgangspunkt von einer einzelnen Trinkwasserquelle nahmen, dass aber nach Schliessung dieser verdächtigen Quelle gegenwärtig der ganze Kurort mit Wasser aus hochgelegenen, von Hofrat Ludwig analysierten besten Quellen versehen ist, so dass jede Infektion daraus ausgeschlossen ist.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. Juni d. J. 9116 (275 wen. als in d. Vorw.), darunter 766 Typhus — (122 wen.). 773 Syphilis — (32 wen.), 245 Scharlach — (25 wen.), 100 Diphtherie — (9 mehr), 81 Masern — (45 wen.) und 38 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. Mai bis zum 4. Juni 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
473	410	883	207	102	173	15	11	21	74	50	68	49	50	49	13	1

Digitized by Google

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 51, Scharlach 14, Diphtherie 18, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 5, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 101, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 16, Tuberkulose der Lungen 97, Tuberkulose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 60, Marasmus senilis 34, Krankheiten des Verdauungskanals 122, Totgeborene 45.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Ein sehr nützliches Produkt aus Cascara-Sagrada

„CASCARINE LEPRINCE"

$C^{12}\ H^{10}\ O^{5}$

Medizinische Akademie
12. Juli 1892.

Akademie d. Wissenschaften
1. April 1893 u. 3. Juli 1899.

Erprobt: bei gewöhnlicher Verstopfung, Leberleiden, als antiseptisches Mittel für die Verdauungsorgane; bei Atonie des Verdauungskanals, Verstopfung bei Schwangeren und mit der Brust Stillenden, und gegen Gallenstein.
Gewöhnliche Dosis in Pillen: 2 Pillen nach dem Essen oder zur Nacht vor dem Schlafengehen.

Haupt-Depot: 62, rue de la Tour, Paris. (32) 12—8.

Depot in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

Rationelle Heilung durch Phosphor

RHOMNOL

(jede Pille enthält 0,05 Gr.).

dessen Hauptbestandtheil reine Nucleinsäure ist, von Dr. Leprince hergestellt.

$C^{40},\ H^{54},\ Az^{14},\ O^{27},\ P^{4}.$

Erprobt: bei Phosphaturie, Neurasthenie, Rachitis, Blutarmut und Alterschwäche.

Gebrauchsanweisung: 4—10 Pillen während der Mahlzeit.

Dr. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.

Erhältlich in allen besseren Apotheken. (33) 12—8.

Kgl. BAD KISSINGEN. (48) 10—7.

Bäder vom 15. April bis 1. November.

Weltberühmte eisenhaltige Kochsalzquellen (Rakoczy, Pandur, Maxbrunnen, Bockleter, Stahlwasser (phosphorarsenhaltig), Sole mit reichstem Kohlensäuregehalt für Trink- und Badekuren. Hervorragende Heilerfolge bei Magen-Darmerkrankungen; Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane (Asthma, Emphysem), Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit, Bleisucht, Frauenkrankheiten.

Versand sämtlicher Mineralwässer durch die Verwaltung der Königl. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet. Aufschlüsse über alle Anfragen unentgeltlich vom **Kurverein Bad Kissingen.**

Digitized by Google

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1866.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—10.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

Duotal

Duotal „Heyden", ein vollständig geruch- und geschmackloses Guajakol-Präparat, enthält über 90 % gebundenes, im Körper sich abspaltendes, also wirksames Guajakol. Ohne jegliche Gift- und Aetzwirkung; wird selbst von den empfindlichsten Patienten gern genommen und gut vertragen. Vorzügliches Mittel gegen **Lungen-Tuberkulose** und **chronische Katarrhe der Atmungsorgane. Darmantiseptikum** bei **Typhus** und **Enteritis.**

Duotal-Tabletten „Heyden" zu 0,3 und 0,5 g.

Salocreol

Verbindung der wirksamen Bestandteile des Kreosots mit Salicylsäure. Zur äusserlichen Behandlung von **Muskel- und Gelenk-Rheumatismus, Arthritis deformans, Erysipelas, Lymphadenitiden** und **skrofulösen Drüsenanschwellungen.** Lokale Einreibungen oder Einpinselungen von 3 bis 15 g ein- oder mehrmals täglich, bis zu 30 g pro die.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (22) 10—6.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Spez.-Behandl. bei Kongest. en. Kopfschm. rz. Neuralgien.

Friedrichroda i. Thür.

Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. Illustrierte Prospekte.

SASSNITZ.

Ostseebad auf Rügen.

Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die Bade-Direktion.

Kurort Teplitz-Schönau

in Böhmen,

in reizender Lage, inmitten des Erz- und Mittelgebirges, seit Jahrhunderten bekannte und **berühmte heisse, alkalisch-salinische Thermen** (28°—46° C.) **Kurgebrauch ununterbrochen während des ganzen Jahres. Auch Wintercuren. Hervorragend** durch seine **unübertroffenen Erfolge** bei **Gicht, Rheumatismus, Lähmungen, Neuralgien, Neurasthenie, Blasen- und Nierenerkrankungen;** von ausgezeichneter **resorbirender Wirkung bei chronischen Exsudaten aller Art;** von glänzendem **Erfolge** bei Nachkrankheiten aus **Schuss- und Hiebwunden,** nach **Knochenbrüchen,** bei **Gelenksteifigkeiten und Verkrümmungen.** 11 Badeanstalten mit 168 Badelogen. Thermal-, Douche-, Moorbäder, elektrische Licht-, Zwei- und Vierzellen-Bäder, Kohlensäurebäder, Massage, Elektricität, Mechanotherapeutisches Institut. «Fango di Monfalcone».

Alle Auskünfte ertheilt das Bürgermeisteramt von Teplitz-Schönau, sowie das städtische Bäderinspectorat und die Fürst Clary'sche Güterinspection.

Prospecte gratis durch: Bitowtt & Co. (49) 4—4.

Tannalbin (Knoll)

Erprobtes Antidiarrhoicum, geschmacklos, stört Appetit und Verdauung in keiner Weise; erhältlich in Pulver und Tabletten.

Triferrin (Knoll)

p-Nucleins. Eisen.

Enthält organ. Phosphor, steigert den Haemoglobingehalt d. Blutes u. wird vom schwächsten Magen vertragen.

Literatur und Proben kostenlos!

KNOLL & Co. • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Dr. Schuster,

praktischer Arzt und Inhaber eines Kurhauses (Indiv. kurgem. Diät.)

BAD NAUHEIM.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY

(62) 17—4.

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich. Departement Allier.

Digitized by Google

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.

Vorzügl. Antitubercul. und Antidiarrhoicum.

Sulfosot-syrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speciell für Armen- und Kassenpraxis.

Sirolin „Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolderivat der modernen Therapie, dessen antituberkulöse Wirkung experimentell und klinisch festgestellt ist.

Vorteile: Gegenüber allen Kreosot-, bezw. Guajacolpräparaten besitzt Thiocol die Vorteile völliger Löslichkeit in Wasser, absoluter Geruchlosigkeit, gänzlicher Reizlosigkeit für Schleimhäute, und grosser Resorbierbarkeit.

Indikationen: **Lungen- und Kehlkopftuberkulose**, namentlich im Initialstadium, **chronische Bronchitiden, chirurg. Tuberkulose** (der Knochen, Drüsen etc.), **chronische Diarrhöen.**

Verordnung: In Dosen von 2—3 gr. pro die in Pulver à 0,5, oder in wässeriger Lösung mit einem Syrup als Geschmackscorrigens. Besonders geeignete Anwendungsweise sind **Thiocoltabletten à 0,5.** Bei Diarrhöen 3 Mal täglich 0,5, am besten in Tabletten.

(15) 10—8.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Co., Fabrik chem.-pharm. Producte

Basel (Schweiz). ***Grenzach*** (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Airol „Roche“

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche“

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche“

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche“.

Digalen (Digitox. solub. Cloetta)

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate. Eisen- u. Bromprotylin „Roche“.

Arsylin „Roche“

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состоянiяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства.

Совершенно не раздражаетъ. Охотно принимается. Хорошо усваивается. Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать **САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ** во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues Kurhaus“ für **Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht** (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle), **Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.**

Aerzte: **Dr. C. Dapper** (Besitzer). — **Dr. F. Dengler.** (60) 14—6.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw**, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Pankreon

D. R. P. 128419.

Gegen die Magenverdauung widerstandsfähiges Pankreatin.

Natürliches Digestivum und Stomachicum, ohne schädliche Nebenwirkung auch bei dauerndem Gebrauch.

Rp. Pankreon in tabul. 0.25 (Originalpackung Rhenania) dent. tal. dos. 25. 50. 100. 200.

S. Täglich 4—12 Tabletten während des Essens zu nehmen. Für Kinder die Hälfte.

Indikation: Alle dyspept. Erkrankungen, Spezificum bei Steatorrhoe, chron. und nervöser Diarrhoe, Hyperemesis, Appetitlosigkeit, Druckbeschwerden.
Für Säuglinge: Rp. Pankreon. saccharat. in tabul. 0.25 (Pankreonzucker Rhenania) dent. tal dos. 100. — S. 2—8 Tabletten zu jeder Trinkportion.
Indikation: Ernährungsstörungen jeglicher Art, speziell Durchfall, sowie zur Kräftigung und Hebung des Körpergewichts.

(34) 7—6. **Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.**

Durch die Apotheken zu beziehen. Ausführliche Literatur auf Wunsch zur Verfügung.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel**, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcincsik**, Apotheker, Kiew. **Paul Seebode**, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein**, Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (64) 10—5.

BAD HALL (Oberösterreich).

Jodbrombad I. Ranges.

Aelteste und heilkräftigste Jodquelle in Europa.

Gegen Frauenkrankheiten, Exsudate, chronische Entzündungen, Scrophulose, Syphilis erworbener oder ererbter Natur und deren Folgekrankheiten, Gicht, Rheumatismus etc. etc.

Modernste Kurbehelfe. Auskünfte erteilt die Badeverwaltung.

(39) 6—6.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Dieser № liegt ein Prospekt über «Lysoform als Antiseptikum.» bei.

Дозв. ценз. Спб., 17 Іюня 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBR. UNIV. OF MICH. AUG 8 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. – Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 25 St. Petersburg, den 25. Juni (8. Juli). 1905.

Inhalt: Dr. H. Truhart: Ueber Entozoen im Pankreas. (Schluss.) — Dr. Achert: Die physikalische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten unter modernen Gesichtspunkten und im Lichte der Kritik. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber Entozoen im Pankreas.

(Vortrag, gehalten in der Sitzung der Dorpater Medizinischen Gesellschaft am 27. April 1905.)

Von

Dr. H. Truhart.

(Schluss).

3. Taenia Echinokokkus.

Die Echinokokkenkrankheit findet in Ländern, in welchen die Viehzucht in besonders umfangreichen Masse betrieben wird, so in Island, Uruguay, Viktoria, Dalmatien, Mecklenburg und Vorpommern ihre weiteste Verbreitung. Auf die zwar noch umstrittene zoologische Sonderstellung (Posselt, Jenkel, Liebermeister) der Taenia Echinokokkus unilocularis und der Taenia multilocularis näher einzugehen, ist hier nicht der Ort. Hervorgehoben muss aber werden, dass die Embryonen jener Taenie in den Organen des Menschen und des Zuchtviehs die Entwicklung des einfach cystösen Echinokokkus (die hydatide Form der Erkrankung), die Embryonen dieser aber den Alveolärechinokokkus (die multiloculäre Form) bedingen und zweitens, dass die Eier der Taenia multilocularis das Rindvieh als Wirt besonders bevorzugt, beim Schwein nur sehr selten, beim Schaf aber niemals zur Beobachtung gelangt. Hieraus erklärt sich auch die auffallende Erscheinung, warum z. B. in Uruguay und in Dalmatien — Länder, in welchen gerade die Schafe den Hauptbestand der Viehzucht bilden, der Echinokokkus multilocularis hominis enorm selten vorkommt.

Vor allem ist es die Dorf- und Landbevölkerung, welche von der Seuche betroffen wird: solches findet in dem engen Zusammenleben der bäuerlichen Bevölkerung mit ihren Hunden seine Begründung; denn der Hund ist das einzige Haustier, in dessen Darm die Taenia Echinokokkus, dieser 3—4-gliedrige, ca. 4 Millimeter lange, die Infektionskeime liefernde Bandwurm lebt. Ein Gleiches ist auch vom Fuchs, der beispielsweise in Dalmatien zahlreich zu Hause ist, bekannt. Auf der Weide bietet sich dem Schlachtvieh leicht die Gelegenheit, die dem Darm der zahlreich den Hirten begleitenden Hunden entstammenden, embryonenhaltigen Taenieneier zu verschlucken. Diese entwickeln sich in verschiedenen Organen des neuen Wirtes zu den mit Flüssigkeit gefüllten Echinokokkus-Blasen; die erkrankten Organe der geschlachteten Tiere werden, als zum Verkauf unverwendbar, wiederum als Futtermaterial den Hunden hingeworfen und so erbt sich nach den Gesetzen der Keimentwickelung die Krankheit in infinitum fort. Je grösser der Viehstand des Landes, um so grösser die Zahl der Hunde und je niedriger der Kulturzustand und je geringer der Sinn für Hygiene und für Sauberkeit unter der Bevölkerung, um so mehr verbreitet auch die Gefahr der Infektion für die Menschen. Das Verhältnis der Zahl der Hunde zu der Zahl der Bewohner gestaltet sich auf Island wie 1:3, in Pommern wie 1:11,45, in Mecklenburg wie 1:18; Angaben über die entsprechenden Zahlenverhältnisse in den übrigen, oben namhaft gemachten Ländern sind mir leider nicht zugänglich gewesen.

Die Wege, auf welchen die von den Hunden mit dem Kot ausgestreuten Eier der Taenia in den Magendarmkanal des Menschen gelangen, lassen sich natürlich nicht genauer fixieren. Hat die Infektion stattgehabt, so wandern der Keim oder die Keime auf der Blutbahn weiter fort, werden aber meist schon in der Leber abgelagert. Aber auch in von dem Verdauungstraktus fernabgelegenen Organen, so im Gehirn, im Auge, im Knochenmark, im Zellgewebe der unteren Extremitäten und des Brustkorbes, in den Halsorganen, in der Pleura, in den Lungen ist die Anwesenheit von Echinokokkus bisweilen konstatiert worden und in den Thoraxraum gelangt er oft erst sekundär auf dem Wege der Perforation einer primär in der Leber entstandenen Echinokokkusgeschwulst durch das Diaphragma.

Digitized by Google

Ihre hauptsächliche Lokalisation finden die Eier — bezw. Embryonen der Taenia Echinokokkns in der Bauchhöhle und deren Organen. In ganz vereinzelten Fällen auch in einem Abszess der äusseren Bauchwand angetroffen, erwählen sie, wie erwähnt, die Leber als den vor allen anderen Organen des menschlichen Körpers bevorzugten Sitz; bei weitem seltener lagern sie sich in den Nieren, in der Milz, in dem retroperitonealen Zellgewebe, im Peritoneum, im Mesenterialgekröse, im Netz oder aber auch im Pankreas ab. Gewöhnlich handelt es sich um die isolierte Affektion nur eines Organes, es liegen jedoch auch so manche Beobachtungen vor, in welchen sich eine gleichzeitige Entwickelung vielfacher Keime in ganz verschiedenen Organen hat feststellen lassen (Echinokokkus multiplex). Für die Auswahl des Ortes der Ablagerung scheinen mehrfache Faktoren von Einfluss zu sein, unter anderem das Verhältnis des Kapillargefässdurchschnittes zur Grösse der Onkosphären, ferner ein zuvor stattgehabtes Trauma, oder Hyperämie, oedematöse Durchtränkung der Gewebe u. s. w. (Luhbarsch, Lehne. Oliver u. a.). Meist wird das embryohaltige Taenienei schon im Magendarmkanal infolge der Einwirkung des verdauenden Magen- bezw. Pankreassaftes von seiner äusseren Umhüllungsmembran befreit. Von dem Blutstrome fortgetragen und in diesem oder jenem Organe abgesetzt, entwickelt sich der Embryo dann in nur sehr allmählich fortschreitendem Wachstum, je nachdem zur uniloculären oder multiloculären Echinokokkus-Geschwulst. Diese birgt in einer aus mehrfachen Lamellen bestehenden Cuticula, an deren Innenseite sich unmittelbar eine schmale, von Blutgefässen durchzogene Muskelfaserschicht anschliesst, eine stetig zunehmende und durch diese Zunahme die Vergrösserung bedingende, klare Flüssigkeit in sich. Diese ist von hellgelblicher Farbe, frei von Eiweiss und macht sich chemisch ausserdem noch durch einen geringen Gehalt an Bernsteinsäure und Zucker kenntlich. Während an der Aussenfläche infolge reaktiver Bindegewebswucherung eine die Blasengeschwulst umgebende Kapsel entsteht, sprossen aus der Innenfläche von der lamellösen Cuticula ausgehend — und zwar beim Menschen stets nur in endogenem, nicht exogenem Wachstum — neue Keime, die sog. Brutkapseln, hervor. In letzteren bilden sich allmählich 2—20 mit dem charakteristischen Hakenkranze und mit 4 Saugnäpfchen versehene Bandwurmköpfe, die Scolices des Echinokokkus. Aus jener primären Echinokokkus-Blase, in gleicher Weise aber auch aus diesen Brutkapseln können dann wiederum Tochterblasen, welche dann abermals Brutkapseln erzeugen, hervorgehen. Zu vielen Hunderten, ja in ungeheurer Zahl können sich solche Tochter- und Enkelblasen entwickeln: manche von ihnen erreichen einen sehr kleinen, häufig nur linsengrossen Umfang, sie lösen sich vom Mutterboden los und schwimmen dann in grosser Menge frei in der Echinokokken-Flüssigkeit umher. Die Proliferation geht aber nur langsam vonstatten, nach ca. 6 Monaten pflegt die Geschwulst Walnuss- bis Hühnereigrösse, bei etwaigem jahrelangem Wachstum aber auch Kinds- bis Mannskopfgrösse zu erreichen.

Das klinische Bild der Echinokokkuserkrankung des Menschen kann sich mannigfaltig und wechselvoll gestalten. Je nach Natur und Charakter der Infektion, je nach der physiologischen Dignität des betroffenen Organs verschieden, kann die etwaige Multiplizität der Keimablagerung im Organismus ihm ein sehr buntes Gepräge verleihen. Aber auch bei isoliertem Auftreten in ein- und demselben Organ ist der jeweilige Verlauf von mancherlei Eventualitäten abhängig: in einzelnen Fällen stirbt der Echinokokkus schon frühzeitig ab, die Flüssigkeit wird resorbiert, das gesamte Gebilde schrumpft ein, die Kapselwandungen werden von Kalksalzen inkrustiert und erst bei der Sektion entdeckt man zufällig restierende Befunde, welche auf einstmals stattgehabte Echinokokkeninvasion hinweisen; in anderen seltenen Fällen, zumal wo es sich um eine Lokalisation an der äusseren Körperoberfläche oder aber um eine solche in unmittelbarer Nachbarschaft vom Darmkanal handelt, kann es auf dem Wege der Abscedierung zur Perforation, sei es direkt nach aussen, sei es in den Darm kommen. Diese spontanen Heilungsvorgänge sind freilich als exceptionelle Ausnahmen zu bezeichen, in der Regel hat die Echinokokkus-Infektion beim Menschen eine schwere, nur zu oft tötliche Erkrankung im Gefolge, sie mag in multipler Form zur Entwicklung gelangen oder sich auch nur auf ein einzelnes lebenswichtigeres Organ beschränken.

Die grossen Gefahren, welche mit einer Lokalisation der Erkrankung im Pankreas verknüpft sind, ergeben sich von selbst, wenn wir im Auge behalten, dass die Bauchspeicheldrüse bei ihrer versteckten Lage an der Rückseite des Magens mit den in der Tiefe des Oberbauchraumes befindlichen grossen Blutgefässen, der Bauchaorta, der Vena Cava und der Vena Portae in unmittelbare Berührung tritt, sowie dass die Drüse selbst gleichfalls nicht nur durch Blutgefäss-, sondern auch durch Ferment-Reichtum ausgezeichnet ist und daher unangefochten als «Verdauungsorgan κατ᾽ ἐξοχήν» gilt.

Die Echinokokkenerkrankung des Pankreas ist ein relativ äusserst seltenes Vorkommnis. Zu dieser Auffassung berechtigt ein Vergleich mit der weit häufigeren Affektion der Leber, die soweit ich einen solchen aus den betreffenden statistischen Daten habe anstellen können ca. 60—70 Mal häufiger befallen wird. Von einzelnen, diagnostisch ganz unsicheren Fällen abgesehen, sind mir aus der Gesamtliteratur nur 8 kasuistische Mitteilungen bekannt, in welchen das Pankreas alleiniger Herd der Erkrankungen oder aber bei der multiplen Form gleichfalls mitbeteiligt war. Ihrer Mehrzahl nach gehören auch diese Fälle der Vergangenheit an, in welcher die Pankreaspathologie noch höchst stiefmütterlich bedacht war und kann es daher nicht wundernehmen, dass deren Beschreibung eine genauere Charakterisierung des klinischen Krankheitsverlaufes, wie nicht minder aber auch Detailangaben über den pathologischen Obduktionsbefund vermissen lassen.

Die älteste Beobachtung rührt von Chambon de Montaux her, welcher nach dem Referate von Bécourt im Jahre 1789 bei der Sektion einer weiblichen Leiche eine «Hydatide» in der Bauchspeicheldrüse antraf; eine ähnliche Geschwulst habe nach der Angabe desselben Autors auch Portal 1803 in der Cauda pankreatis gefunden. Ferner berichtet Claessen in seinem bekannten Sammelwerke aus dem Jahre 1842 über die Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, dass Engel im Jahre 1840 bei seinen Obduktionen ein Mal den Befund einer multiplen Echinokokkuserkrankung habe feststellen können: neben dem Gehirn, den Nieren und anderen Organen, in denen sich in grösserer Zahl ganz gleichgeartete Cysten vorfanden, barg auch das Pankreas 6—8 Blasen in seiner Substanz, deren Wandungen untereinander in engster Beziehung standen und deren Inhalt aus heller farbloser Flüssigkeit bestand. Ganz analoge Fälle teilen auch mit: im Jahre 1864 Seidl in der «Zeitschr. für Medizin» und 1881 Masseron in seiner in der «Thèse de Paris» wiedergegebenen Inauguraldissertation: «Kystes hydatiques multiples de l'abdomen».

In allen fünf bisher angeführten Beobachtungen handelte es sich um einen zufälligen, erst am Sektionstisch nachgewiesenen Befund. Sie gehören eben einer Zeit an, in welcher die Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse noch weit ausserhalb des Bereiches einer sachkundigen

Digitized by Google

klinischen Untersuchung standen und die Abdominalorgane an sich schon von den Chirurgen wegen der grossen Gefahr der accidentellen Wundkrankheiten fast durchweg noch dem Gebiete des «Noli me tangere» zugezählt wurden. Erfreulicherweise verfügen wir aber auch schon über einzelne einschlägige Beobachtungen aus der neueren Zeitepoche, in welcher dank vor allem der Asepsis und der durch sie staunenswert vervollkommneten Bauchchirurgie auch die Pankreaskrankheiten der Diagnose und selbst der Heilung mehr zugänglich wurden. Bevor ich jedoch über die 3 hierher gehörigen kasuistischen Mitteilungen berichte, möchte ich zunächst Ihre Aufmerksamkeit in dem neueren modernen Anschauungen entsprechenden Sinne auf die Symptomatologie, die Diagnose und die Therapie der Echinokokkuserkrankung des Pankreas hinlenken. Bei dem Versuche, ein solches Krankheitsbild zu entwerfen, bietet uns die bisherige Erfahrung relativ leider nur geringe Handhabe, da selbst, abgesehen von der geringen Gesamtzahl der Beobachtungen, auch die zu referierenden Fälle neueren Datums gleichfalls wesentliche Lücken in den Krankheitsberichten aufweisen. Diese Fälle repräsentieren ausserdem aber auch um deswillen nicht den Typus reiner Echinokokkenerkrankung der Bauchspeicheldrüse, da Komplikationen besonderer Art, wie gleichzeitige sarkomatöse Degeneration der Wandungen (Fall Briggs), vorausgegangene traumatische Pankreasblutung (Fall Bobrow) etc. hier den Symptomenkomplex trüben, ja zum Teil verwischen. Es werden daher bei der Schilderung die Erfahrungen, welche beim Auftreten des Echinokokkus an anderen Organen gemacht worden sind, gleichfalls herangezogen, ferner die Krankheitserscheinungen, wie sie sich bei den so überaus zahlreichen andersgearteten Pankreastumoren kundgeben, in Parallele gezogen und endlich differentialdiagnostisch die für Echinokokkusgeschwülste der Bauchspeicheldrüse charakteristischen Merkmale jenen, aber auch den Neoplasmen der Nachbarorgane gegenüber besonders hervorgehoben werden müssen.

In vielen Beziehungen deckt sich das klinische Krankheitsbild mit dem der Pankreastumoren anders gearteter Provenienz, in mancher Hinsicht weichen die symptomatischen Erscheinungen jedoch von denen der benignen bezw. malignen Geschwülste, speziell auch von denen der eigentlichen Pankreaszysten, mit welchen die Echinokokkusgeschwülste besonders viel Analogien aufweisen, nicht unwesentlich ab, so dass eine Differentialdiagnose intra vitam keineswegs ausser dem Bereich der Möglichkeit liegt. Schon die Initialsymptome gestalten sich verschieden. Während die Cystenbildung im Pankreas sehr häufig durch mehr weniger plötzliche, oft mehrfach sich wiederholende Blutungen in die Drüsensubstanz eingeleitet und hierdurch akute Krankheitserscheinungen, wie heftige Kolikanfälle, Erbrechen galliger Schleimmassen, hartnäckige Stuhlverstopfung und anderweitige ileusartige Symptome ausgelöst werden, vollzieht sich die Ablagerung der nur mikroskopisch sichtbaren Infektionskeime der Taenie in die Pankreassubstanz ganz unmerklich. Erst mit der ganz allmählich fortschreitenden Entwicklung des Embryo und der stetigen Volumenzunahme des Tumors stellen sich auch hier dyspeptische Beschwerden, Druckempfindlichkeit in der Magengrube, leichte gasige Auftreibung des Leibes, Uebelkeit, Hicksen, bisweilen Diarrhöen und, weit seltener noch wie dort, Fettstühle (Steatorrhöe) oder Kennzeichen mangelnder Ausnutzung der Eiweissnahrung (Azotorrhöe) ein; Glykosurie, Lipurie oder Lipämie ist hier bisher niemals beobachtet worden. Erst in späteren Stadien, als durchweg bei allen übrigen Tumoren der Bauchspeicheldrüse führen daher die Verdauungsstörungen zu der auch hier auftretenden Abmagerung des Gesamtorganismus. Entsprechend dem langsameren Wachstum der Echinokokkusgeschwulst weist eine Dämpfung oder das Gefühl der Resistenz in der Oberbauchgegend weit später, als bei den Pankreascysten, auf deren etwaige Entstehung hin. Hat sich aber eine schon durch Palpation, eventuell auch nur in der Narkose nachweisbare Geschwulst entwickelt, dann lässt sich deren topographische Lage, speziell deren Zugehörigkeit zum Pankreas durch die künstlich ausgeführte gleichzeitige Aufblähung des Magens und des Darmes näher bestimmen. Wie den Pankreascysten ist auch der Echinokokkusgeschwulst der Drüse nur geringe respiratorische Verschiebbarkeit eigen. Dieser Mangel an Exkursionsfähigkeit und passiver Beweglichkeit unterscheidet sie differentialdiagnostisch von etwaigen im Netz oder im Gekröse befindlichen cystoiden bezw. colloidalen Gebilden, ferner von den Chyluscysten, von der Wandermilz und der Wanderniere, von der Hydronephrose. Eine etwaige Verwechslung des Pankreas-Echinokokkus mit der durch Gallenstauung prall gespannten Gallenblase lässt sich, falls nicht besondere Komplikationen vorliegen, leicht vermeiden durch den Nachweis einer zwischen dem Leberrande und jener Geschwulst, oft freilich nur schmalen tympanitischen Zwischenzone. Gallenstauung, Gallenblasenanschwellung und Ikterus können sich aber mit Echinokokkenerkrankung der Bauchspeicheldrüse kombinieren, wenn diese im Pankreaskopf ihren Sitz hat und sich zufolge der stattfindenden Kompression Choledochusverschluss hinzugesellt Gelegentlich kann sich auch Ascites, Oedem in den Bauchdecken oder auch in beiden unteren Extremitäten entwickeln. Es hängt solches von dem Sitz der Geschwulst an der dorsalen Fläche des Pankreaskörpers oder aber auch nur von der Wachstumsrichtung des auch anderweitig mit der Basis aufsitzenden Tumors nach hinten ab, der dann gleichfalls einen Druck auf die Vena portae oder auf die Vena cava auszuüben vermag. Von den derbfesten malignen Pankreastumoren, welche fast stets an ihrer Peripherie uneben höckerig beschaffen sind, unterscheidet sich die Echinokokkusgeschwulst ausser durch ihre kugelig glatte Oberfläche auch durch die prall elastische Konsistenz und durch das palpatorisch nicht selten nachweisbare Fluktuationsgefühl. Letzteres ist freilich in den meisten Fällen erst nach Eröffnung der Bauchdecken und nach geschehener Freilegung des Tumors deutlich wahrnehmbar, wobei dann die tastende Hand bisweilen auch ein eigentümliches Schwirren, das Hydatidenschwirren, welches für den Echinokokkus charakteristisch und differentialdiagnostisch daher den Pankreascysten gegenüber zu verwerten ist. Als weiteres Unterscheidungsmerkmal ist die relative Dickwandigkeit der Echinokokkusgeschwulst hervorzuheben, da die Gesamtmasse nach aussen von einer Bindegewebskapsel umgeben ist und deren flüssiger Inhalt von einer aus mehrfachen Lamellen bestehenden Cuticula und der sich an diese anschliessenden zarten Muskelfaserschicht umschlossen wird, während die Wandung der Pankreascyste an der nach dem Bauchschnitt frei zu Tage tretenden Oberfläche oft sogar bis auf nur wenige Millimeter, ja selbst wie Postpapier verdünnt sein kann und daher nur allzuleicht zerreissbar ist. Endlich gewährt eine Probepunktion, auf deren Gefahren ich bei Besprechung der Therapie noch zurückkomme — vollen diagnostischen Aufschluss: schon der Mangel der Eiweissbeimengung, ferner der Gehalt der Flüssigkeit an Bernsteinsäure und Zucker, vor allem endlich die frei in dem flüssigen Inhalt suspendierten kleinsten Hydatidenbläschen oder etwaige durch das Mikroskop erst nachweisbare Fetzen abgestossener Lamellenstückchen der Cuticula oder aber vereinzelte losgelöste herumschwimmende Häckchen schliessen eine Verwechslung mit dem Flüssigkeitsinhalt der Pankreascysten aus.

Was die Therapie der Echinokokkuserkrankung des Menschen anbetrifft, so ist in älteren Zeiten die innere Verabreichung von Jod- und Quecksilberpräparaten

Digitized by Google

anempfohlen worden; die Erfahrung hat aber wohl zur Genüge dargetan, dass innere Mittel keinen auch nur nennenswerten Erfolg aufzuweisen haben. Das gleiche gilt auch von der lokalen medikamentösen Behandlung. In der Hoffnung, dass es gelingen dürfte, durch entzündungerregende oder durch baktericide Mittel die Infektionskeime in der Geschwulst zum Absterben zu bringen, ist man bestrebt gewesen, an den mehr oberflächlich gelegenen Tumoren durch Injektion von reizenden oder antiseptischen Substanzen Heilung oder Stillstand der Krankheit herbeizuführen und ist zu diesem Zwecke Jodtinktur, Karbollösung, Sublimat, Jodoform, Naphthol, Formol u. s. w. verwandt worden. Aber auch dieses Verfahren gab nur ganz unsichere Resultate und bietet daher zu geringe Garantien. Die Behandlung kann nur eine operative sein. Die zu Zwecken der Heilung herangezogene Punktion ist gänzlich zu verwerfen; denn bei den mehr in der Tiefe der Körperhöhlen befindlichen Geschwülsten steht in gleicher Weise, wie bei den Pankreascysten, eine Mitverletzung der sich zwischen die Geschwulst und die Hautdecken lagernden Organe, des Darmes zu befürchten, ferner lässt sich hierbei die Gefahr einer Uebertragung des Infektionsstoffes auf die benachbarten Bauchorgane nicht vermeiden und endlich ist nichts damit gewonnen, wenn nur die Flüssigkeit als solche entleert wird, da eine ausreichende Garantie für die vollständige Verödung des Echinokokkussackes hierdurch nicht geboten ist Es muss vielmehr der Gesamtinhalt, die Brutkapseln, die Tochter- und Enkelblasen und die lamellösen Cystenmembranen bis auf den Grund der Bindegewebskapsel aus dem erkrankten Gewebe entfernt werden. Zur Erreichung dieses Zweckes dürfte die bei den Pankreascysten mit so vortrefflichen Erfolgen geübte ein- bezw. zweizeitige Incision nicht ausreichen und wird man sich hier in jedem Einzelfalle zur Totalexstirpation entschliessen müssen, sobald die unmittelbar vor der Radicaloperation nach stattgehabter Laparotomie angestellte Probepunktion die Diagnose sichergestellt hat. Eine strikte Indikationsstellung für die zu erwählende Operationsmethode — ob Incision, ob Exstirpation — wird sich bei Pankreascystoiden zweifelhafter Provenienz mithin erst nach anatomischer bezw. chemischer Differentialdiagnose betr. den Cysteninhalt ermöglichen lassen. Die Totalexstirpation der Echinokokkusgeschwulst der Bauchspeicheldrüse wird sich um so schwieriger gestalten, da hier eine wirkliche Stielbildung, die man wenigstens in günstigen Fällen bei Pankreascysten bisweilen antrifft, fehlt, die Geschwulst vielmehr in die Pankreassubstanz eingebettet ist und bei ihrer Exstirpation daher eine gleichzeitig vorzunehmende partielle Amputation oder aber mindestens eine Läsion von Drüsensubstanz sich schwer umgehen lässt. Die gesetzte Pankreaswunde ist unmittelbar nach Entfernung der Geschwulst sorgsamst durch Nähte zu verschliessen. Da aber trotz dessen die Gefahr des Aussickerns von Drüsensekret vorliegt und man stets bei schwereren Pankreasverletzungen die Möglichkeit zu gewärtigen hat, dass das Trypsin des abfliessenden Pankreassaftes die Wandungen der Blutgefässe, sobald diese sklerotisch oder gar atheromatös affiziert sind, arrodiert und eine schwere sekundäre Blutung herbeiführt, wird die vernähte Pankreaswunde dicht mit Jodoformgaze tamponiert und ein Drain durch die nur zum Teil zu schliessende Laparatomiewunde nach aussen fortgeleitet werden müssen. Auch die äussere Bauchwunde ist durch geeignete Massnahmen von der corrodierenden Einwirkung des Trypsins auf's sorgfältigste zu schützen, da sich sonst ein lästiges, der Heilung erfahrungsgemäss lange widerstehendes Verdauungsekzem in der Umgebung der Hautwunde entwickelt.

Drei interessante Fälle von Echinokokkuserkrankung des Pankreas sind es, die in der Literatur der letzten 15 Jahre ihre Veröffentlichung gefunden haben; es sind folgende:

Fall Briggs (Saint Louis 1890): Multilokuläre Echinokokkus-Cyste des Pankreas. Sekundäre sarkomatöse Degeneration der Wandung. Operative Entfernung nebst Amputation der Cauda pancreatis. Heilung.

Bei einer 45-jähr. Frau, welche vor Jahresfrist an krampfartigen Schmerzen in der Magengegend erkrankt war und an Erbrechen blutig tingierten Schleimes gelitten hatte, trat bei andauernden dyspeptischen Beschwerden und unter Erscheinungen von Fettstühlen allmählich Abmagerung auf. Schon nach 8 Monaten hatte sich Schwellung des Leibes bemerkbar gemacht, welche Briggs bei der Aufnahme der Patientin als einen in der linken Oberbauchgegend gelegenen, harten, glatten, kugeligen Tumor agnoscierte. Dieser war beweglich, liess aber relativ nur geringe respiratorische Excursionen erkennen. Durch Punktion wurde kaffeefarbene Flüssigkeit entleert, die in grosser Zahl «degenerierte Hydatiden» und, wie sich bei der nachträglich angestellten mikroskopischen Untersuchung ergab, auch «Häkchen» enthielt.

Die klinische Diagnose lautete «Pankreastumor». Zu dieser berechtigte neben der Lage der Geschwulst im Oberbauchraume die allmähliche Zunahme der Schwellung, die stetig sich verstärkende Abmagerung und vor allem auch die sonst nicht allzuhäufig nachgewiesene Steatorrhöe.

Operation: Bauchschnitt vom Schwertfortsatz bis zum Nabel. Nach Abschnürung der zum Teil breiten Adhaesionen am Netz. Colon transversum und Magen, Entfernung des Tumors gemeinsam mit dem Schwanze des Pankreas. Der Heilungsprozess nahm seinen ungestörten Verlauf. Allgemeines Wohlbefinden stellte sich ein; das Körpergewicht nahm um mehrere Pfund zu. Die Arbeitsfähigkeit der Patientin stellte sich allmählich vollständig her.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um eine Echinokokkuscyste mit sarkomatös degenerierten Wandungen handelte.

Fall Bobrow (Moskau 1897): Trauma, Pankreasblutung. Uniloculäre Echinokokkusgeschwulst des Pankreaskopfes. Totalexstirpation. Heilung.

Vor 1½ Jahren hatte der 27-jährige Mann, welcher dem Abusus in Bacho et in Venere ergeben war, einen schweren Sturz vom Veloziped erlitten. Nach anfänglich heftigen Schmerzen im Leibe hatte sich allmählich eine ca. hühnereigrosse Geschwulst im rechten Hypochondrium gebildet, weiterhin waren Verdauungsstörungen (Aufstossen, Druckgefühl in der Magengegend, Diarrhöe) aufgetreten, denen sich dann hartnäckiger, sich immer mehr verstärkender Ikterus hinzugesellte.

Status praesens bei der Aufnahme des Patienten zu Anfang des Jahres 1897 in die chirurgische Klinik: Hochgradige Abmagerung. Starke Arteriosklerose. Tiefe Gelbsucht. Leib, besonders im rechten Hypochondrium geschwollen. Unter dem derben Rande der vergrösserten Leber war die geschwollene Gallenblase palpierbar; in der Mittellinie ausserdem noch ein Tumor, von dem sich nicht bestimmen liess, ob er der Leber oder dem Pankreas angehört.

Diagnose: «Choledochusverschluss».

Operation: Hautschnitt 2 Fingerbreit rechts von der Linea alba in der Länge von 25 cm. Gallenblase und Choledochus stark erweitert. Der Pankreaskopf wird von einer Geschwulst eingenommen. Bei der Probepunktion entleert sich aus dieser klare, helle Flüssigkeit, in welcher Bernsteinsäure nachweisbar ist. Nach Einschnitt und Entleerung der Echinokokkuscyste wird der gesamte Sack nach Durchschneidung der Pankreassubstanz, welche den Tumor von allen Seiten umgab, in toto aus dem Pankreaskopf entfernt. Die Pankreaswunde wird sofort vernäht. Der Choledochus erwies sich als permeabel und es liess sich bei leichtem Druck auf die Gallenblase deren Inhalt nunmehr ungehindert in das Duodenum entleeren.

Verlauf: Vier Tage nach der Operation traten heftige Schmerzen im rechten Hypochondrium auf, am Abend desselben Tages Erbrechen und Hicksen, der Puls wurde schwach und frequent (100—120 i. d. M.). Kein Abgang von Winden. Die bisher normale Temperatur erhob sich am folgenden Tage auf 38.4° C. Drei Tage lang schwebte der Kranke bei der allgemeinen grossen Schwäche in Lebensgefahr. Am dritten Tage liess sich an der rechten Seite eine Dämpfung nachweisen. Nach Entfernung einer der Hautnähte sickerte trübe Flüssigkeit hindurch, welche bei Erweiterung der verklebten Bauchwunde in reichlicher Menge entströmte. Schon an demselben Abend wurde ein erneuter Verbandwechsel infolge der starken Durchtränkung notwendig. Die Haut zeigte hierbei Verdauungsekzem. In den folgenden 24 Stunden entleerten

Digitized by Google

sich aus dem Drainrohr 100, alsdann im gleichen Zeitraum 1000 Ccm. Flüssigkeit. Diese besass die Eigenschaften des Pankreassaftes, alle 3 Fermente waren in ihr enthalten. Ganz allmählich verringerte sich die Absonderung immermehr, um 18 Tage nach der Operation gänzlich zu sistieren. Von dieser Zeit an machte die Heilung der Wunde gute Fortschritte, der Patient genas. Auch die Lebervergrösserung kam zum Schwinden.

Fall Peričić und v. Lalić (Šibenik in Dalmatien 1897): Echinokokkus des Pankreaskopfes. Zweizeitige Operation. Tod.

«Marta B., 18 Jahr altes Bauermädchen aus Otarice (Drniš) Aufgenommen am 1. Juni. Voroperative Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Echinokokkus in der Leberpfortengegend (Stauungsikterus, Ascites, Milzschwellung, Oedeme der Unterextremitäten). Die ohne nachfolgende Komplikationen ausgeführte zweizeitige Operation übte auf den schon schweren Zustand der Patientin keinen Einfluss und sie erlag den Stauungserscheinungen am 10. Juli. Sektion: Echinokokkus des Pankreaskopfes».

Die physikalische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten unter modernen Gesichtspunkten und im Lichte der Kritik.

(Nach einem Vortrage, gehalten auf dem oesterr. Balneologenkongresse in Abbazia.)

Von

Dr. Achert in Bad Nauheim.

Die interne Medizin der Gegenwart steht unter dem glücklichen Zeichen der Therapie und die ablehnende Haltung der alten Schule allen möglichen therapeutischen Eingriffen gegenüber ist durch die zielbewusste und einen weit ausschauenden Blick verratende Stellung der modernen Klinik zu den physikalischen und diaetetischen Heilfaktoren endgültig gebrochen. Wir verdanken diese geniale Initiative keinem Geringeren als dem ersten inneren Kliniker in Berlin Ernst von Leyden, der die jüngere Aerztewelt Deutschlands und zum Teil auch des Auslands zur verständigen Anwendung auch der nichtarzneilichen Therapie herangebildet hat. Unter der Aegide dieses grossen Arztes, dem es durch ein seltenes Geschick vergönnt ist, seine Wirksamkeit nicht nur in einem für die Entwickelung und den Ausbau der Naturwissenschaften hochbedeutsamen, soeben zur Rüste gegangenen Jahrhundert glänzend zu entfalten, sondern der auch in geistiger Frische hineinragen darf in ein neues, noch hoffnungsvolleres Saeculum, hat sich auch eine exakte Förderung und die so nötige Vertiefung unseres Wissens über die spezielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des Herzens und der Blutgefässe vollzogen; das eifrige Studium so manch reizvoller Kapitel aus der Lehre von den Kreislaufsorganen verdanken wir vornehmlich ihm. Aber nicht nur die theoretische Seite der diagnostischen Kunst unseres Spezialfaches, auch die Praxis der Therapie förderte dieser Altmeister der klinischen Medizin.

Gestatten Sie mir nun, dass ich vor Ihnen, meine Herren, noch einmal in Kürze die verschiedenen physikalischen Heilfaktoren Revue passieren lasse, die sich im Laufe der Zeit bei chronischen Herzleiden zur Anwendung empfahlen. Wenn ich der Anciennität die Ehre geben soll, so muss ich hier vor Ihnen anheben mit dem Oertel'schen Heilverfahren, der sog. Terrainkur. Es war zwar nicht Oertel's ureigenster Gedanke, der ihn veranlasste, durch methodisches Gehen in der Ebene und dann mit allmählichen Steigungen die Herzbeschwerden seiner Patienten zu beheben; die Grundidee dazu stammt von einem ganz andern, nämlich von dem grössten Kliniker Schottlands seiner Zeit: von Stokes; dieser forderte wohl zum ersten Male Kranke auf, in dem mit Naturreizen über alle Massen ausgestatteten schottischen Berg- und Hochland durch «Steigen» in den Bergen das kranke Herz zu kräftigen. Im grossen und ganzen aber überliess er es jedem einzelnen, dieser seiner therapeutischen Empfehlung nach eigenem Gutdünken zu gehorchen. Oertel war eifriger dahinter her und konstruierte, auf dem Stokes'schen Gedanken fussend, eine eigene therapeutische Methode, die Terrainkur. Er zog selbst mit seinen Patienten nach dem lieblichen Meran und schuf dort einen Terrainkurort, der allen andern später zum Vorbild dienen sollte. Das an Naturschönheiten nicht verkürzte Tyrolerland und die nächste Umgebung von Meran gab wie geschaffen ein natürliches «Klettergerüst» ab, auf dem das geschwächte Herz sich stärken sollte. Schon auf den ersten Blick hin erkennt man, dass dieses therapeutische Unternehmen einen schweren Eingriff darstellt, der nicht eben leicht zu überblicken ist, und dass dieses Kurverfahren von einschneidendster Bedeutung ist für den ganzen Körperhaushalt und nicht nur für das Kreislaufssystem, dem es ursprünglich allein galt. Als besonders geeignet wurden solche Patienten ausgesucht, die an allgemeiner Fettsucht litten und die Herzbeschwerden Fettleibiger zeigten. Ferner wurden die ausgewählt, die ihr Gefässsystem überschwemmt hatten mit alkoholreichen Flüssigkeitsmengen und die Luxuskonsumption getrieben hatten. Sodann halte ich solche Individuen für sehr geeignet zur Terrainkur, die eine Hypoplasie des Herzens und des Gefässystems zeigen, also jene anatomisch-pathologische Hemmungsbildung, die die Träger chlorotisch und anaemisch macht. Wenn auch die Terrainkur in den letzten Jahren obsolet geworden ist und vor neueren und mächtigeren Heilfaktoren zurückweichen musste, so wird sie doch noch bei scharfer Indikationsstellung all' ihre Rechte behaupten können, die ihr der Erfinder zuschrieb.

Ein anderes natürliches Heilmittel, das in unseren Tagen sehr an Ansehen gewann, ist die Mechanotherapie, die sich zusammensetzt aus Heilgymnastik und Massage. Die Gymnastik ist wohl so uralt wie irgend eine menschliche Kultur. Im fernen Osten, wo die Wiege so mancher kulturellen Errungenschaft stand, ist auch sie zu Hause und kam von dort zu uns herüber. Erst im Norden Europas, in Schweden Wurzel schlagend, hat sie sich zu einem mächtigen Baume ausgewachsen, der die bewohnten Länder unserer Erde alle nun beschattet. Zuerst wurde sie vielfach angewandt als manuelle Gymnastik, von einem geschulten Gymnasten appliziert; heutzutage wird die Arbeit, die man früher einem Gymnasten aufbürdete, Maschienen übertragen, die man eigens dazu konstruierte, und es stehen sich zwei grosse Systeme feindlich gegenüber, das ältere, das von Zander in Stockholm und das jüngere, das von Max Herz in Wien. Während passive und auch aktive gymnastische Uebungen den Körper nicht weiter angreifen können, so bedeutet die Widerstandsbewegung eine viel gefährlichere, ja in ungeeigneten Fällen angewandt sogar eine lebensbedrohende Methode. Der Angelpunkt aller solcher Bewegungsarten liegt in der Dosierbarkeit und wenn man einer von beiden, der manuellen oder der maschinellen Methode, das grössere Vertrauen der Dosierbarkeit schenken darf, so ist es sicher der maschinellen, denn es ist möglich, dabei den Widerstand nach den niedersten Gewichtseinheiten an den Apparaten einzustellen, während man nur selten einen Gymnasten finden wird, der den einmal gegebenen Widerstand im Gedächtnis behalten kann und denselben ebenso, wie zuvor, noch einmal zu applizieren im-

Digitized by Google

stande sein wird. Damit ist die Veraltung der manuellen Behandlung schon in sich selbst gelegt.

Wenn wir diese beiden Heilfaktoren unter eine Gruppe bringen wollen, so müssen wir sie den sog. übenden zurechnen. Als Uebergang von der Uebung in die Herztherapeutik zur Schonung bietet die Massage ein bequemes Bindeglied. Als allgemeine Massage in Form der Effleurage der Haut, der Pétrissage der Muskulatur des Skeletts haben wir dem Patienten angenehme und wohltuende Prozeduren vor uns, die geeignet sind die Zirkulation in der Peripherie anzuregen, im Innern des Körpers, in den grossen Unterleibsdrüsen gestautes Blut abzuleiten und so entlastend zu wirken auf das Centralorgan der Cirkulation, das Herz. Auch das Herz wird als solches direkt zum Gegenstand einer Organmassage benutzt, die wir als die Vibrationsmassage des Herzens seit der jüngsten Zeit mehr und mehr kennen und schätzen gelernt haben. Es giebt nämlich unter sämmtlichen Massagehandgriffen nur zwei: das Tapotement und die Vibration, die es ermöglichen, ein so tief liegendes und sicher gebettetes Organ wie das Herz in den Bereich seiner Wirkungen mit einzubeziehen. Ich selbst habe seit nunmehr 5 Jahren mich speziell damit beschäftigt, diese eigentümliche und von allen andern abweichende Form der Behandlung in die Herztherapie einzuführen und ihre Stellung zu begründen und zu befestigen. Ich hatte babei auch die Erfahrung älterer Autoren mit herangezogen und im Verein mit diesen eine Methode der Anwendung und einen Indikationskreis geschaffen Gestatten Sie also, dass ich Ihnen meine Erfahrungen auch darüber vorlege, damit Sie sich ein Urteil selbst bilden können. Die Hilfsmittel, die dazu nötig sind, bestehen aus einem Elektromotor, am besten von einer elektrischen zentralen Kraftquelle gespeist, mit einer biegsamen Welle und mit geeigneten Ansatzstücken versehen, darunter eine besondere Herzpelotte, die ich eigens dazu konstruieren liess nach meiner eigenen Angabe. Die Anwendung selbst geschieht durch Aufsetzen des Handstücks entweder sternal oder kostal, je nach der zu erfüllenden Indikation, ob man mehr nur den rechten oder mehr den linken Ventrikel beeinflussen will. Dann lässt man wohl auch ab und zu kreisförmige Streichungen um die Mammilla als Mittelpunkt folgen, ohne jedoch besonders bei Frauen die Mamma selbst zu berühren.

Den üblichen Schluss bildet ein Tapotement des ganzen Herzens. In vorsichtiger und geübter Weise ausgeführt, kann diese Methode nie Schaden bringen, im Gegenteil, sie hatte stets zur Folge eine subjektive Erleichterung des Patienten in bezug auf Atemnot und Herzklopfen. Nach mehrmaliger und vorsichtiger Wiederholung konstatieren wir folgenden objektiven Befund der Herzfunktion:

1) Abnahme der pathologisch gesteigerten Pulsfrequenz.

2) Steigerung des darniederliegenden Blutdruckes.

3) Vertiefung und Verlangsamung der Respiration.

Den physiologischen Befund bezeichnen wir als das Phaenomen der Herzerholung und wollen damit sagen, dass das Herz in Form einer Anpassung auf diese mechanische Einwirkung reagiert hat, dass es also im therapeutischen Sinne wohl erholungsfähig ist.

Im Gegensatz hierzu kennen wir noch einen andern, aber jetzt pathologischen Befund, das Phaenomen der Herzerregung, also jenen Zustand, der das Zeichen der gestörten und ad hoc noch nicht reparierten Funktionsstörung ist. Die verschiedenen Stadien der Kompensationsstörungen lassen sich also umfassen von diesen beiden Polen, der Herzerholung und der Herzerregung. Je näher sie auf der Breite der Kreislaufstörung dem Pole der Erholung liegen, desto günstiger wird die Prognose quoad sanationem et quoad restitutionem ad integrum; je mehr sie aber dem Pole der Erregung sich nähern, desto ungünstiger wird die Besserung oder gar die Heilung sich gestalten.

Im Anschluss an diese Tatsachen müssen wir die Betrachtung anknüpfen, inwieweit wir überhaupt noch mit physikalischen Heilagentien oder auch mit Droguen aus der Officin imstande sein werden, Herzkrankheiten therapeutisch zu beeinflussen. Die Antwort lautet: Wir können nur dann noch etwas therapeutisch leisten am erkrankten Organ, wenn wir bei der Funktionsprüfung dieses Organes, also in unserem Falle, des Herzens, den positiven Ausschlag eben der Herzerholung konstatieren konnten. Es ist das unleugbare Verdienst einiger Nauheimer Aerzte, nicht nur in der Herztherapie, sagen wir besonders in der physikalischen resp. Balneotherapie der chronischen Herzleiden, bahnbrechend gearbeitet zu haben, sondern, was noch viel wichtiger ist, eine diagnostische Methode gefunden und ausgebaut zu haben, die hoch über der ganzen physikalischen Diagnostik steht, die man schlechthin kennt, ich meine die verfeinerte Funktionsprüfung des Herzens, die besteht in der mechanischen Prüfung und Beurteilung der Herzleistung durch Muskelarbeit am Ergometer. Gräupner hat schon vor mehreren Jahren damit begonnen, Patienten funktionell zu untersuchen und ich selbst habe mich von der Brauchbarkeit dieser Untersuchungsform gemeinsam mit ihm überzeugen können. Die einfachste und ursprünglichste Anwendungsweise, aber im ganzen noch roh, ist die, den Blutdruck und die Pulsfrequenz zu beobachten im Liegen, Sitzen und Stehen, dann etwa nach Hantelübungen, Treppensteigen, Beobachtungen, die sich ja auch schon zur Prognose verwerten liessen, aber keine festen Anhaltspunkte abgaben.

Dann zog man als Arbeitsgeber den Ergostat von Gärtner heran, der sich aber zu diesem Zwecke als ein unvollkommenes und für feinere Untersuchungen als ein unbrauchbares Instrument erwies. Erst durch die ausschliessliche Verwendung des Bremsergometers von Zuntz hat man befriedigende Resultate, die guten Aufschluss geben, erhalten. Die Forschungen sind veröffentlicht in der Berliner Klinik (Dez. 1902). Was können wir nun für das Wohl und Wehe des Patienten mit der Funktionsprüfung diagnostisch und prognostisch leisten? Wir können im voraus bei einiger Erfahrung bestimmen, ob an dem betreffenden Kranken überhaupt noch eine physikalische Kur angewendet werden darf, und fällt diese Frage bejahend aus und sind also voraussichtlich noch so viel Reservekräfte, die in jedem Organe schlummern, in dem erkrankten Organismus vorhanden, so darf man es füglich wagen, dieselben zu neuem biologischen Leben wieder anzufachen, ohne Gefahr zu laufen, dass man das letzte mit erschöpft, was von Natur aus darein gelegt war. Ist dagegen das physiologische Erlöschen der vitalen Energie durch diese mathematisch prazisierte Prüfung erkannt, so kann man es einem solchen armen Menschen ersparen, vollends mit Kuren und Torturen sich vergeblich noch zu plagen. Ist aber eine Kur einmal begonnen, so sind wir imstande, aus den gewonnenen Resultaten der etwa wöchentlich angestellten Funktionsprüfung wie aus einer Zahlreihe die sich hebende Kraft des Herzens und damit des ganzen Körpers abzulesen und dem Patienten zu seiner grössten Beruhigung vorzulegen. Hier erübrigt es noch, ein paar Worte über das konstitutionelle Moment einzuflechten. Die tägliche Erfahrung des Arztes lehrt es, dass manche Individuen dieselbe körperliche und geistige Anstrengung verschieden gut ertragen, dass also manche eine auffallende Widerstandsschwäche für Insulte verraten, die andere wieder spielend überwinden. Das Rätsel

Digitized by Google

dieser Frage liegt in der Konstitution des Menschen, die bei vielen von Haus aus gut, bei den meisten Kulturmenschen aber doch als unzulänglich sich erweist für die steigenden Anforderungen des täglichen Lebens, des Kampfes um die Daseinsberechtigung. Aus dieser diagnostischen und philosophischen Abschweifung nach dem Gebiete der Teleologie hin wieder zur Therapie zurückkehrend, muss ich es also als eine kunstgerechte Herbeiführung der Herzerholung und damit auch der Herzschonung bezeichnen, wenn wir imstande sind durch die Nauheimer Mineralbäder und durch äussere Massagehandgriffe, Vibration und Tapotement, die tachykardische Hast des in seiner Insuffizienz sich abmühenden Herzens zu bremsen und somit oft dem Herzen in der Minute bei einer Pulsfrequenz von 90, 100, 120, 140 Schlägen etwa 10, 20, 30, und 40 Schlägen zu ersparen, was, auf eine Stunde und auf einen ganzen Tag berechnet, schon vielstellige Zahlen liefert. Es ist dieses schonende Verfahren aber durchaus keine Panazee, bei weitem nicht alle Erkrankungsformen reagieren darauf. Es eignen sich nach meinen bisherigen Beobachtungen vor allem dafür die chronischen Krankheiten des Herzmuskels, also die Myokarditis in frühen Stadien, die Fettum- und Durchwachsung des Herzens, Mastfettherz also, die Fälle von Ueberanstrengung des Herzens nach Sportsübungen, Radfahren, Bergsteigen, Ringen, Gerüstturnen, Fussball, die Intoxication nach abusus nicotini und durch Alkoholvergiftung, die Dilatationen bei Herzmuskelschwäche und das ganze Heer der nervösen Störungen des Herzens. Die Dauer einer solchen Kur muss sich natürlich auf mehrere Wochen erstrecken, denn es handelt sich offenbar hier um eine Bahnungstherapie, die sich abspielt im Gebiet des nervus vagus.

Auf der weiteren Suche nach schonenden Heilmethoden finden wir die beiden gewaltigsten unter den physikalischen Heilfaktoren, Balneotherapie und Hydrotherapie. Wir müssen hier in aufrichtigster Erkenntlichkeit des Mannes gedenken, der durch seine grundlegenden Untersuchungen in der Hydrotherapie es der Balneotherapie nachher sehr leicht machte, auch für sich eine physiologische Begründung zu suchen und zu finden. Winternitz ist ein Name von bestem Klang und Winternitz war auch der Mann, der den Mut hatte, sich im hohen Fluge seiner Gedanken den träge dahinlebenden Zeitgenossen weit vorauszueilen und für seine Ueberzeugung auch zu kämpfen. Ueber die Hydrotherapie der chronischen Herzleiden haben Berufenere geschrieben, ich nenne nur Winternitz und Strasser.

Es bleibt mir jetzt nur noch übrig, die Balneotherapie als die systematische Behandlung mit Mineralbädern einer eingehenden Würdigung zu unterziehen. Ich muss hier ausdrücklich erwähnen und hervorheben, dass es ein akademischer Lehrer zu Marburg war, der in den von einer gütigen Natur reichlich gespendeten Heilmitteln der Nauheimer Mineralquellen das zuerst fand, was dort zu suchen war.

Dr. Friedrich Wilhelm Beneke, ordentlicher öffentlicher Professor an der medizinischen Fakultät der Universität Marburg, war der Autor jenes Standardwerkes «Ueber Nauheim's Solthermen und deren Wirkung auf den gesunden und kranken menschlichen Organismus», ein Buch, das die wissenschaftliche Bedeutung von Bad Nauheim gewissermassen heraufbeschwor. Ich meine, wenn ein Kurort einen Arzt sein eigen nennen darf, wie Beneke es war, und wenn eine Autorität wie jener seine gewichtige Stimme in Wort und Schrift erhob für ein Heilverfahren, das damals unbekannt und ungeahnt noch war, so müssen wir uns unwillkürlich an die Thatsache erinnern, dass die Zukunft ihre Schatten vorauswirft. Aus seinem Buche, in dem er zum ersten Male in ausführlicher Weise und in eingehender wissenschaftlicher Art den Nauheimer Heilapparat, so wie er damals sich schon darbot, beschreibt und diese seine Schilderung belegt mit Versuchen am lebenden Menschen, so möchte ich mir erlauben, Sie, meine Herren, auf diese literarische Tatsache hinzuweisen, weil andere dieses Verdienst heutzutage gern für sich in Anspruch nehmen möchten und deshalb die Hauptlehren Beneke's, die heute noch zu Recht bestehen, verschleiern, um sich auch so an der Begründung der Nauheimer Kur als nicht unbeteiligt zu zeigen.

Die Nauheimer Mineralbäder sind ausgezeichnet durch eine Naturwärme, die den Indifferenzpunkt weit überschreitet; sie stellen ferner die in der Natur selten vorkommende Chlorsole dar, im Gegensatz zu den Sulfatsolen, die viel häufiger sind und desshalb nichts besonderes bedeuten; in dieser Nauheimer Chlorsole ebenso wie in der hierzu gehörigen Nauheimer Mutterlauge haben wir einen wertvollen Bestandteil mehr darin, nämlich einen hohen Prozentsatz des therapeutisch unersetzlichen Chlorcalciums, neben viel Chlornatrium (40 gr. Chlorcalcium in 100 gr. Mutterlauge). Sodann ist diese Soole stark eisenhaltig, was ich im Hinblick auf die sich jetzt sehr hervortuenden Eisenwässer sagen muss, obgleich wir auf das Fe kein allzugrosses Gewicht mehr legen dürfen. Schliesslich wird als eines der hervorragendsten Badeingredientien die Kohlensäure von den meisten geschätzt. CO_2, mit einem Mineralwasser gemischt, wie die Chlorcalcium-Chlorsole es ist, im Ueberschuss vorhanden, die als labile CO_2 aus dem Ueberdruck der dem Erdinnern entsteigenden Sprudelwässer frei wird, ist an und für sich ein seltenes Naturereigniss. Offene Sprudelquellen, wie Island's Geysir, der Mutter-Erde entfliehend, sind Naturschönheiten und Naturseltenheiten.

Was man heutzutage aber alles der CO_2 nachzusagen sich bemüht, das grenzt schon an das märchenhafte; alles soll die CO_2 vermögen, wenn man gewisse Balneologen hört.

Radium und Radio-Aktivität sind in den 3 ausschliesslich zu Badezwecken benutzten Sprudelquellen in hohem Masse nachgewiesen, ebenso in den Trinkquellen.

Die Tatsache vieltausendfältiger Erfolge an den Sprudelquellen ist unbestreitbar nachgewiesen. Bei diesem Reichtum an Heilagentien, die sich, wie oben gezeigt, in diesen natürlichen, unverfälschten und ungemischten Heilwässern zusammenfinden, die nur so angewendet werden, wie sie die Natur uns bietet, ist es recht schwer, das wirksamste aufzuzeigen. Ist es CO_2 allein, ist es der Chlorcalciumgehalt an sich, der wirkt?— niemand hat es bisher vermocht zu differieren.

Alle zusammengenommen aber, im Verein mit den übrigen physikalischen und diaetetischen Heilpotenzen garantieren die verblüffenden Resultate.

Mögen diese Worte dazu beitragen, die Betrachtung der physikalischen Therapie der Herzleiden auch unter diesem neuen und sicher auch modern werdenden Gesichtswinkel zu fördern.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1404. Sitzung vom 5. Mai 1904.

1. Dr. J. Eliasberg demonstriert vor der Tagesordnung einen Fall von Lichen ruber planus.

Es handelte sich um Heilung nach der von Holländer angegebenen Methode, bestehend in äusserlichen Jodpinselungen und innerlichem Chiningebrauch.

Digitized by Google

Ein vom Vortragenden zugesagtes Autoreferat konnte trotz vielfacher Mahnungen nicht erlangt werden.

Dr. Hampeln hat auf dem Kongress zu Wiesbaden der Mitteilung Holländers selbst beigewohnt und ihr ein grosses Interesse entgegengebracht. Die Wirksamkeit des Chinins bei Hautaffektionen, ohne dass es sich um eine spezifische Wirkung, wie etwa bei Malaria, handelte, sei auch sehr auffallend. besonders aber die notwendige Kombination mit äusserlichem Jodgebrauch, welche wieder allein keinerlei erhebliche Wirkungen entfalte. Holländer empfahl es bei Lupus erythematodes. Redner hatte hierselbst auf einer früheren Sitzung Gelegenheit gehabt diese Frage zu berühren — es war in Anlass eines Vortrages über Röntgentherapie bei Hautkrankheiten — und nahm damals irrtümlicher Weise den Lupus vulgaris als Indikation für besagte Behandlungsmethode an. Was letztere beide Krankheiten betrifft, so meint Redner eine Verwandtschaft zwischen beiden annehmen zu müssen, da er dem Lupus erythematodes gleichfalls häufig bei Tuberkulösen begegnet sei. Dasselbe dürfte vom Erythema nodosum gelten.

Dr. Engelmann bemerkt hierzu, dass der Lupus erythematod., obgleich bei Tuberkulose oft vorkommend, nach dem heutigen Stande der Wissenschaft dennoch nicht zu den tuberkulösen Affektionen gezählt werde.

Dr. J. Eliasberg. Einige Hautkrankheiten, wie gerade Lupus erythematodes, Erythema nodosum, Lichen scrophulosorum, die bei Tuberkulose häufig vorkämen, würden zu den sog. Tuberkuliden gezählt. Darunter verstehe man Hautaffektionen, die nicht auf bazillärer Grundlage, sondern durch dem tuberkulösen Virus entstammende Toxine hervorgerufen würden.

2. Dr. v. Bergmann demonstriert einen Fall von Gastroenteroanastomose wegen Pylorusstenose, in dem die Operation günstig die Blutung beeinflusst hat. 36-jähriger Mann, bei dem seit ca. 10 Jahren Schmerzen im Oberbauch nach dem Essen auftraten. Diese sind in letzter Zeit sehr heftig geworden; Aufstossen, galliges Erbrechen sind hinzugetreten. Pat. ist äusserst abgemagert, hat beständigen Singultus, Druckempfindlichkeit des Epigastriums.

In der inneren Abteilung wird durch die Almansche Probe Blut im Stuhl nachgewiesen. Magensaft: Ges. acid. 74; fr. Salzsäure 55, keine Milchsäure. Spektroskop. wird im Magensaft Blutfarbstoff nachgewiesen. Pat. kann sich zur Operation nicht entschliessen, verlässt am 6. März die Abteilung, ist jedoch am 12. März wieder da; er ist während dieser Zeit kolossal elend und schwach geworden und bezieht das auf die mehrfachen teerartigen Stühle, die er gehabt. In der Abteilung bekommt er profuses Erbrechen, wobei ca. 2 Liter bräunlicher Massen entleert werden. 13. März Operat. in Chloroformnarkose. Der Magen ist dilatiert, der Pylorus und seine Umgebung durch starke Schwarten und Adhäsionen verbacken und in einen Tumor verwandelt, in dem ein Lumen des Pylorus nicht mehr nachweisbar ist, auch die Gallenblase ist mit heranbezogen.

Gastroenteroanastomosis retrocolica posterior nach Hacker, guter Verlauf. 21. März Entfernung der Nähte. Pat. hat 1,6 Kilo zugenommen.

25. März Nach einer Debauche im Essen tritt Magendrücken auf — es werden 3 Liter Mageninhalts ausgespült; ca. 14 Tage hindurch quält Pat. sich nun mit Retention von Mageninhalt, kommt dabei sehr herunter. Vom 1. April tritt die Wendung zum Besseren ein. Pat. isst jetzt allmählig wieder alles — jedoch mit etwas Vorsicht und nimmt seither allwöchentlich ca. 2 Kilo an Gewicht zu.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln macht darauf aufmerksam, wie wichtig es sei, bei der Indikationsstellung einer Operation die Ursache der Magenblutungen genau zu berücksichtigen. Dabei müssten 3 Arten von Blutungen in Betracht gezogen und von einander unterschieden werden: a) akute, profuse Blutungen bei jugendlichen Individuen. Diese sollten von der Operation ausgeschlossen bleiben, da sich einerseits dies Ulkus durch eine grosse Heilungstendenz auszeichne, andererseits in Anbetracht der erheblichen Blutungen die Operation selbst mit grösseren Gefahren verknüpft sei.

b) habituelle Blutungen bei älteren Leuten, hervorgerufen durch Ulkus oder Carcinom. Hier böten besonders die gleichzeitigen wichtigen Nebenerscheinungen, wie Hyperacidität, Stenose etc. eine genügende Indikation für ein operatives Vorgehen.

c) arteriosklerotische Ulcera, deren Zugehörigkeit zum Ulcus rotundum noch strittig ist, mit geringer Heilungstendenz, würden sich gleichfalls für die Operation eignen, der unter anderem die Aufgabe zufiele, die im Centrum der kleinen schwieligen Ulcera blossliegenden, arrodierten Arterien zu unterbinden. Ausgeschlossen von einem operat. Eingriffe wären schliesslich noch jene profusen Blutungen bei jugendlichen Individuen ohne irgendwelche nachweisbare anatom. Veränderungen.

Redner selbst hat 2 derartige Fälle mit *Obduktionsbefund* veröffentlicht.

Dr. v. Engelhardt schliesst sich den Ausführungen Dr. Hampelns an. Zur Frage der Gastroenteroanastomose giebt Redner der Befürchtung Ausdruck, dass durch die Operation selbst gelegentlich Situationen geschaffen werden könnten, durch die längst aufgehörte Blutungen wieder exacerbieren. Redner hat einen Fall erlebt, wo es nach der Operation zu profusen Blutungen kam, die schon seit 2 Jahren sistiert waren.

Was die von Dr. Hampeln angeführten Blutungen mit negat. Sektionsbefund betrifft, so finde sich in solchen Fällen doch häufig eine übermässige Verdickung des Pylorus. Dies spräche dann für das frühere Bestehen kleiner Erosionen welche einerseits als chron. Reiz die Veränderungen am Pförtner, andererseits die Blutungen verursacht hätten.

Dr. Schabert schliesst sich gleichfalls Dr. Hampeln an. Nur möchte er den Unterschied zwischen den arterioskl. Geschwüren und dem Ulcus rotundum weniger betont wissen.

Redner macht auf die im Frühstadium der Lebercirrhose bereits vorkommenden Varices im Oesophagus, die nicht selten der Ausgangspunkt erheblicher Blutungen werden können, aufmerksam. In einschlägigen Fällen müsste daher auch an diesen Zusammenhang gedacht werden.

Dr. v. Engelhardt: Die vom Vortragenden mitgeteilte Ansammlung von 3 Litern Mageninhalt sei wahrscheinlich die Folge der Abknickung des Darmes gewesen. Es empfehle sich daher am besten völlige Ausschaltung des Magens, und Ernährung per Rectum.

Dr. O. Brehm: Das sei auch in diesem Falle geschehen.

Dr. v. Bergmann: Solche Abknickungen des Darmes zu vermeiden, sei die chirurg. Technik seit langem bemüht. Bei der alten Wölfflerschen Methode der Gastroenteroanastomosis kämen solche am häufigsten vor. Etwas günstiger sei die Kochersche anterior inferior, noch mehr die Bramansche retrocolica anterior, bei der die Darmschlinge hinter das Colon transversum zu liegen kommt, um vom Füllungszustande des Magens weniger beeinflusst zu werden. Die günstigsten Verhältnisse böte die Hackersche retrocolica poster. die auch im heute vorgestellten Falle zur Anwendung kam.

3. Dr. O. Brehm (als Gast) demonstriert einen operativ geheilten Fall von acuter Leberverletzung.

Der Pat. A. K., 24 a. n., kam in die Abteilung 5 Stunden, nachdem ihm ein Balken auf die rechte Seite des Thorax resp. Bauches gefallen war. Es waren sofort in die rechte Schulter ausstrahlende Schmerzen aufgetreten, Harnverhaltung und Erbrechen. Flatus waren abgegangen. Der Allgemeinzustand war alteriert, aber Pat. sah nicht verfallen aus; der Puls verlangsamt, weich. Das Abdomen eingezogen, in toto gespannt, das rechte Hypochondrium bretthart gespannt; drückt man darauf, so hat Pat. heftige Schmerzen unter der Scapula. Druck hinten neben dem XI. Wirbel rechts sehr schmerzhaft. Dämpfung in den Flanken und suprasymphysär. Diagnose: Ruptura hepatis. Laparotomie. Einschnitt nach Kehr. Die Bauchhöhle vollgeblutet, auch die subphrenischen Räume und das kleine Becken. Auf der Konvexität der Leber eine 15 cm. lange tiefe, sehr stark blutende Risswunde mit lacerierten Rändern. Auswaschen der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung, Tamponade der Leberwunde. Zweietagige Naht der Bauchdecken. In den folgenden Tagen sehr profuser Gallenfluss durch die Tampons, sonst glatter Verlauf. Die Leberwunde wäre bequemer zugänglich gewesen durch transpleurale Laparotomie, allein die immerhin nicht gleichgültige Eröffnung der Pleurahöhle und die Schwierigkeit der Spülung durch die Diaphragmawunde hielten davon ab. Diagnostisch sind die Fälle nicht immer so klar. Hier fanden sich alle Symptome der komplizierten Bauchkontusion: Heftiger Schmerz, galliges Erbrechen, Harnverhaltung, Bauchdeckenspannung, starker Druckschmerz und Dämpfungen. Auf Leberruptur wiesen der Skapularschmerz und der Boassche Druckpunkt hin. Bei exspectat. Behandlung wäre dieser Fall bald an innerer Blutung zu Grunde gegangen, doch, gesetzt den Fall, er hätte die Blutung überstanden, so drohte ihm noch die Peritonitis, denn nach König ist das Leberblut nicht aseptisch; der starke Gallenfluss beweist, dass grössere Gallengänge zerrissen waren. Obwohl nun die normale Galle aseptisch ist, so ruft sie doch in der Bauchhöhle eine schwere adhäsive Peritonitis hervor. Diese Gefahren und Schädigungen rechtfertigen und indizieren den sofortigen Eingriff. Die Blutstillung wurde durch Tamponade

Digitized by Google

aufs beste besorgt, die Naht hätte in dem morschen, contundirten Gewebe nicht gehalten.

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann: So günstig im allgemeinen die nicht operierten Nierenverletzungen verliefen, so ungünstig sei die Prognose bei exspectativem Verhalten gegenüber Verletzungen der Leber. Redner hat einen solchen Fall erlebt, bei dem die Operation verweigert worden war. Hier kam es wiederholt bei geringen körperlichen Anstrengungen, wie Aufsitzen im Bett, zu grösseren durch die Perkussion nachweisbaren Nachblutungen.

Obgleich nach langem Krankenlager eine Heilung schliesslich eintrat, so empfiehlt Redner doch unter allen Umständen die Operation.

4. Dr. v. Bergmann demonstriert a) einen Fall von operativ geheilter Perityphlitis, b) einen chron. tuberculösen Wurmfortsatz.

a) Fall von Appendicitis unter dem Bilde einer Darmocclusion. Vom 18. Nov. 1903 — 3. Mai 1904 — 166 Tage in Behandlung.

Krisch Petrowitsch, 27 a. n. Keinerlei vorhergehende Erkrankung, keine Obstipation. Am 10. Nov. 1903 plötzlich sehr starke Schmerzen im Abdomen, zugleich trat Husten auf, den Pat. früher nicht gekannt hatte. Stuhl und Winde gingen täglich ab. Der Husten verstärkte jedesmal die Schmerzen im Leibe.

Seit gestern besteht Stuhlverhaltung, Winde gehen jedoch noch ab.

Die Schmerzen haben seit der Erkrankung nicht zugenommen, wohl aber hat sich der Kräftezustand stetig verschlimmert.

Status: Das Aussehen und der Kräftezustand des Pat. sind schlecht, der P. fadenförmig, kaum fühlbar. T. 37,9.

Uebelkeit oder Erbrechen bestehen nicht, die Zunge ist, wenn auch belegt, doch feucht, kein Foetor ex ore.

Die Respiration war oberflächlich, etwas beschleunigt, RH. bestanden Ronchi; LH. Rasseln, beim Anschlagen und Erschüttern des Thorax hört man entferntes Plätschern, es besteht Zwerchfellhochstand zugleich in den seitlichen unteren Thoraxpartien. Dämpfung. Das Abdomen ist aufgetrieben, sehr stark gespannt, die regio epigastrica tonnenartig vorgewölbt, fällt zum Nabel hin steil ab, sie ist nicht druckempfindlich. Die Druckempfindlichkeit besteht oberhalb der Symphyse in der regio hypogastrica — hier palpiert man eine tumorartig sich abhebende Resistenz.

Eine geblähte, sich steilende Darmschlinge ist nicht sichtbar, per rectum lässt sich kein abnormer Befund erheben, die Rectalschleimhaut unverändert. Ein Einlauf von 600—700 Cctm. fliesst glatt ein, fördert jedoch keinen Kot zu Tage.

Die Ausheberung des Magens ergiebt reichliche Mengen eines gallig gefärbten Inhalts.

Der Urin enthält etwas Albumin.

Operationsschnitt in der Linea alba vom proc. xyphoid. bis zur Symphyse. Das Peritoneum parietale sowie viscerale spiegeln, die vorliegenden Darmschlingen sind mässig gebläht, der Dickdarm collabiert; nachdem die freien Darmschlingen eventriert worden, liegt ein etwa melonengrosser Tumor von scheinbar fester Consistenz vor, dessen Wände aus fest verbackenen Dünndarmschlingen + Coecum bestehen, und durch das fest angelötete Netz verstärkt werden. Bei den Manipulationen an diesem Tumor bricht plötzlich dicht am Coecum eine dünnflüssige, gelbgrüne,s tinkende Eitermenge — ca. 1/2 Liter — durch, und überschwemmt das Peritoneum. Der Eiter wird aufgetupft und die Bauchhöhle ausgiebig mit physiol. Kochsalzlösung gewaschen.

Nach vorsichtiger weiterer Trennung der Adhäsionen wird eine grosse Eiterhöhle freigelegt, die zwischen Coecum, den Dünndarmschlingen und der Radix mesenterica sich befindet; in dieser liegt der Wurmfortsatz, der nahe seiner Kuppe eine grosse Perforation zeigt, in der ein bohnengrosser Kotstein steckt, dessen Kern ein Holzsplitter bildet.

Es wird nun die Abszesshöhle tamponiert, die verlöteten Darmschlingen durch Tampons abgestopft und nun der übrige Darm reponiert, und die Bauchhöhle soweit zulässig durch die Naht geschlossen.

Eine gleich nach der Operation vorgenommene Leukocytenzählung ergab 244,20 Leukocyten. Der Verlauf nach der Operation war ein schwerer, es galt gegen das Erbrechen (bedingt durch Rückstauung von Darminhalt), gegen die Herzschwäche einzuschreiten. Von diesem Tage an schwanden die bedrohlichen Erscheinungen, nachdem der erste Stuhl erfolgt war.

Am 27. Nov. war es klar, dass Pat. nicht ohne Complikationen davon kommen werde — es konnte eine Dünndarmfistel konstatiert werden.

An eine Operation derselben konnte vor der Hand nicht gedacht werden, da die umgebende Granulationsfläche, die aus der breiten Tamponade der Bauchwunde resultierte, noch zu gross war, und die Adhäsionen der Darmschlingen untereinander noch zu massig und breit waren.

Vom 20. Januar bis zum 5. Februar macht Pat. noch eine hämorrhagische Nephritis durch, deren Aetiologie unklar geblieben ist. Das einzige Antiseptikum, das in Anwendung gebracht worden war — war Airol. Dann musste noch das Ekzem in der Umgebung der inzwischen eher grösser als kleiner gewordenen Fistel in Angriff genommen werden, endlich wurde am 27. Februar die Resektion der Dünndarmschlinge vorgenommen, welche die Fistel trug. Der Bauchschnitt war schräg durch das Epi- u. Mesogastrium geführt worden, um möglichst weit von der alten Narbe und dem Sitz des Ekzems zu sein, und möglichst ausserhalb der gemutmassten Darmadhäsionen zu bleiben. Die Länge der resezierten Darmpartie betrug 7 Ctm. Cirkuläre Darmnaht. Wiederum folgte ein schweres Krankenlager, das noch durch einen Unglücksfall am 1. März kompliziert wurde. Es traten plötzlich heftige Schmerzen auf, und stellte es sich heraus, dass Pat. durch heftiges Würgen die alte Narbe zersprengt hatte und Dünndarm vorgetreten war; die Därme wurden, nachdem sie abgespült, reponiert und durch einen Tampon zurückgehalten; vom 4. März begann die Reconvalescenz stetig fortzuschreiten und augenblicklich sehen sie den Mann nach einem Krankenlager von 166 Tagen frisch und wohl vor sich, allerdings mit mehreren breiten Narben der Bauchwand.

b) Vortr. demonstriert das Präparat einer Coecum- und Dünndarm-Tuberkulose, welches am heutigen Tage gewonnen worden, also noch unverändert durch Conservierungsflüssigkeiten ist.

Pat. hatte eine sich über 7 Jahr hinziehende Appendizitisanamnese: Attaquen, Schmerzen, keine oder nur geringe Temperatursteigerung. Klinisch machte die Form der zu palpierenden Resistenz die Diagnose Appendizitis unwahrscheinlich und liess auf Tbk. schliessen. Interessant an dem Präparat ist der Wurmfortsatz, welcher in seinem proximalen Drittel ein tuberkulöses Ulcus offenbar älteren Datums zeigt, während die distalen $^{2}/_{3}$ Schwellung und Oedem der Schleimhaut und eine massenhafte Aussaat miliarer Tuberkelknötchen zeigen.

(Autoreferat).

5. Dr. O. Brehm demonstriert einen Fall von operativ geheilter Cholecystitis.

Der Fall ist eine jauchige Cholecystitis, infolge von Lithiasis.

L. D., 60 a. n., wurde in die gynäkolog. Station aufgenommen.

Seit 2 Tagen starke Schmerzen im rechten Unterbauch, beständige Uebelkeit, Erbrechen. Leidet schon seit langer Zeit an Leibschmerzen; Ikterus nie gewesen; sonst nichts zu eruiren. Dr. Keilmann schliesst ein gynäkolog. Leiden mit Sicherheit aus, und Pat. wurde in die chirurgische Station verlegt. Pat. sieht schwer leidend aus. Puls leidlicher Qualität, 110, Temp. 38,5. Kein Ikterus. Abdomen mässig aufgetrieben, symmetrisch, überall Tympanie, nur die rechte Flanke gedämpft. Leberdämpfung normal. Die ganze rechte Bauchseite gespannt, sehr druckempfindlich, namentlich die Ileocoekalgegend. Palpation wegen der Spannung und des Fettreichtums der Bauchdecken, resultatlos. Es handelte sich mithin entweder um eine Erkrankung der Gallenblase oder des Wurmfortsatzes. Die Anamnese bot keine Anhaltspunkte, und wenn man bedenkt, wie genähert bei einer solchen alten zusammengesunkenen Frau Rippenbogen und Darmbeinkamm sind, wie oft sich Eiterungen vom Wurmfortsatz zur Leber hinziehen, während wiederum bei Perforation der Gallenblase sich der Inhalt in die Ileocökalgegend senkt, so werden einem die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten klar. Der Ikterus ist zieml. belanglos, denn bei einer Cholecystitis, wo der Abfluss der Galle nicht behindert ist, fehlt der Ikterus, andererseits giebt es Fälle von recidivierender Appendizitis, die einen akuten Choledochusverschluss vortäuschen können, mit exquisitem Ikterus. Das Zuverlässigste bleibt die Palpation, d. h. wo sie möglich ist. Im vorliegendem Falle wurde die Diagnose auf einen akuten Appendizitisanfall gestellt und sofort operiert. In der Narkose änderte sich das palpatorische Bild vollkommen; man fühlte deutlich einen grossen kugeligen Tumor unter dem Rippenbogen rechts, in der Cökalgegend war nichts zu palpieren. Die Diagnose wurde daher

Digitized by Google

korrigiert und Cholecystitis angenommen. Querschnitt. In der Bauchhöhle reichlich seröses Exsudat. Darm gebläht und leicht injiziert, sehr starke Adhäsionsbildung. Appendix normal. Gallenblase fast kindskopfgross, dunkel blaurot, prall gefüllt, in der Wand einzelne Nekrosen, keine Perforation. Exstirpation des ganzen Sackes. Dnctus cysticus und Art. cystica ligiert. Tamponade des Gallenblasenbettes. Naht in 2 Etagen. Der Verlauf war glatt, in den ersten Tagen leichter Ikterus. Die Wand der Gallenblase war stark verdickt, die Mucosa zum grossen Teil incrustiert, nekrotisch. Inhalt: stinkende Jauche, zahlreiche kleine weiche Steine. Ductus cysticus obliteriert.

Der Fall beweist den ausserordentlichen Wert der Palpation in tiefer Narkose bei Abdominalerkrankungen Es handelt sich in diesen Fällen nicht nur um das wissenschaftliche Interesse, eine richtige Diagnose zu stellen, sondern die Diagnose hat hier eine entscheidende Stimme bei der Indikationsstellung. Hätte es sich hier um Appendizitis gehandelt, so wäre die Notwendigkeit des Eingriffes diskutabel, zwingend wäre die Indikation nicht gewesen; so wie der Fall aber tatsächlich lag, bestand strikte Indikation zum Eingriff. Jeden Augenblick konnte die Perforation der prallen Blase erfolgen und sich die Jauche in den Bauch ergiessen, peritoneale Reizung bestand ja schon. Wie soll man sich in solch dubiösen Fällen verhalten? Die Untersuchung in Narkose ist ein hervorragendes Hilfsmittel und wird von den Chirurgen im Gegensatz zu den Gynäkologen vielleicht zu wenig in Anwendung gebracht: doch abgesehen davon, dass man in solchen akuten Abdominalfällen namentlich bei älteren Leuten mit Recht eine Narkose fürchtet, lässt auch diese Methode so und so oft im Stich. Wir untersuchen diese Fälle eigentlich nur dann in Narkose, wenn die Indikation gestellt ist und die Operation gleich angeschlossen wird. In der akuten Abdominalchirurgie ist das Warten und Beobachten zwecks präziser Diagnosenstellung allzuoft nur ein Warten auf kritische Symptome und Erscheinungen, die ja wohl den Fall klären; mit unserer Hilfe kommen wir dann aber meist zu spät.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln: In differentialdiagnostisch schwierigen Fällen bewähre sich häufig der Nachweis eines, für Cholecystitis sprechenden Druckpunktes R. U. neben der Wirbelsäule. Dieses Hülfsmittel werde von vielen Autoren empfohlen und sei auch vom Redner einige Male bestätigt worden.

Dr. Schabert bezweifelt die diagnostische Bedeutung des besagten Schmerzpunktes, der bei Neurosen ohne jegliche Beziehungen zu Organerkrankungen vorkäme. Viel wichtiger erscheine dagegen der klassische Schmerz, der in die rechte Seite des Thorax und zwischen die Schulterblätter ausstrahle. Ferner bewähre sich als diagnostisches Hülfsmittel folgendes Verfahren: Man übe einen starken Stoss gegen das linke Hypochondr.; bei Cholelithiasis werde der Schmerz nach Rechts projiciert, bei der Nephrolithiasis, die sich retroperitoneal abspiele, finde dies nicht statt.

Dr. v. Engelhardt meint, dass eine Projektion des Schmerzes nach rechts bei Cholelithiasis nur stattfinden könne, wenn der Druck nicht auf die Weichteile, sondern auf den Rippenbogen der linken Seite erfolge.

Diagnostisch wichtig erscheine Redner eine von ihm selbst erfundene Methode, die, wie er später erfuhr, auch in der Bergmannschen Klinik in Berlin geübt wurde. Das sei die Palpation der Lebergegend von R-H. her, wobei Pat. auf einem niedrigen Sessel sitzt. Diese Methode böte zugleich den Vorteil, dass hier der Druck auf die oft sehr empfindliche Aorta und ihre Zweige vermieden werde.

Dr. Schabert stellt die Einwände des Vorredners dahin zurecht, dass er nicht einen Druck, sondern einen kurzen, kräftigen Stoss gemeint habe, derselbe brauche sich nur auf die Weichteile zu beschränken, und sei auch nur als Zeichen für eine interabdominale Erkrankung, im Gegensatz zu einer retroperitonealen aufzufassen.

Dr. Hampeln glaubt die von Dr. v. Engelhardt angeführte Untersuchungsmethode auch von Kehr empfohlen gelesen zu haben, dabei sei, ausser der Palpation von R.-H. her, auch ein Gegendruck von L. V. als zweckmässig angegeben gewesen.

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

Berichtigung.

In Nr. 24, S. 242, Spalte I, 8 Zeile v. unten statt vasa rosorum lies vasa vasorum.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Präsident des Medizinalrats, Geheimrat Dr. Ragosin, ist auf 2 Monate ins Ausland beurlaubt worden.

— Der bisherige Professor der Chirurgie an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Wilhelm Koch, welcher vor kurzem nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist verabschiedet wurde, ist bis zur Neubesetzung des Lehrstuhls der Chirurgie mietweise in seinem von ihm bisher innegehabten Amte, jedoch nicht auf länger als 6 Monate, belassen worden.

— Dem Chef des medizinischen Teiles des «Roten Kreuzes» bei den Mandschurischen Armeen, Oberarzt der St. Georgsgemeinschaft barmherziger Schwestern in St. Petersburg und Arzt für Abkommandierungen VII. Kategorie am klinischen Militärhospital, Ehrenleibmedikus des Hofes Sr. Kaiserlichen Majestät, Kollegienrat Dr. Eugen Botkin, ist für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner der St. Wladimirorden III. Klasse mit Schwertern verliehen worden.

— Dem aus der Reserve einberufenen Rigaschen Arzt Dr. Hermann Idelsohn, der z. Z. als Arzt bei der 5. Schützenartilleriedivision auf dem Kriegsschauplatz fungiert, sind der Reihe nach verliehen worden: der St. Stanislausorden III. Klasse und der St. Annenorden III. Klasse, beide mit Schwertern, sowie der St. Stanislausorden II. Klasse.

— Verstorben: 1) Am 10./23. Juni zu Charlottenburg der dort und in Berlin freipraktizierende Arzt, Sanitätsrat Dr. Alfred Bidder, am Magenkrebs im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war ein Sohn des berühmten Dorpater Physiologen und Rektors der Universität Prof. Dr. Friedrich Bidder, sowie ein Bruder des bekannten 1902 in Eisenach verstorbenen Petersburger Gynäkologen Prof. Dr. Ernst Bidder und hatte seine Schulbildung in seiner Vaterstadt Dorpat erhalten, wo er auch von 1862—1868 Medizin studierte und als Student die goldene Preismedaille erhielt. Nach Erlangung der Doktorwürde setzte er 1868—1869 seine Studien in Berlin und Wien fort und wurde nach seiner Rückkehr Assistent an der Dorpater chirurg. Klinik, zog aber bald darauf auf den deutsch-französischen Kriegsschauplatz, wo er als Arzt eines temporären Kriegshospitals in Saarlouis Verwendung fand. Seit dieser Zeit nahm er seinen beständigen Wohnsitz in Deutschland, wo er anfangs Assistent an der chirurg. Klinik in Halle, dann ca. 8 Jahre praktischer Arzt in Mannheim war, um sich endlich 1883 als freipraktizierender Arzt in Berlin — Charlottenburg dauernd niederzulassen. Kurze Zeit fungierte er auch als Direktor des Teltower Kreis-Krankenhauses in Britz bei Berlin. Dr. Bidder ist mehrfach literärisch hervorgetreten mit Arbeiten über Wachstum und Regeneration der Knochen, Resektionen etc., die in Langenbecks Archiv, der Berl. klin. Wochenschrift und anderen Zeitschriften erschienen. Zum 50-jährigen Doktorjubiläum seines Vaters veröffentlichte er zusammen mit seinem obengenannten Bruder Ernst als Festgabe «Beiträge zur Chirurgie und Gynäkologie». — 2) In St. Petersburg am 19. Juni Dr. Guido Werner plötzlich im fast vollendeten 37. Lebensjahre. W. war ebenfalls in Dorpat geboren, absolvierte dort die Realschule, hierauf das Gymnasium und bezog 1886 die Dorpater Universität, an welcher er sich dem Studium der Medizin widmete und der Landsmannschaft «Livonia» angehörte. Im Jahre 1894 verliess er die Universität nach Verteidigung seiner Dissertation «Zur Histologie der glatten Muskulatur» mit dem Grade eines Doktors der Medizin. Die ersten sieben Jahre seiner ärztlichen Tätigkeit verbrachte er auf verschiedenen Abkommandierungen, und zwar: nach Sibirien — zur Organisation ärztlicher Hülfe im Akmolinsk-Gebiet; 1898 nach Indien — zur Erforschung der Pest, dann, nachdem er einige Zeit diese Studien im bakteriologischen Institut im Fort Alexander III. (in Kronstadt) fortgesetzt, 1900 nach Persien — zur Verhütung der Einschleppung der

Digitized by Google

Pest nach Russland. In der Zwischenzeit war er in die Hungergegenden im Kasanschen Gebiet — zur Bekämpfung des Hungertyphus, zur Einrichtung von Hospitälern u. s. w. abdelegiert. Erst i. J. 1902 liess er sich in Petersburg fest nieder, wo er bis zu seinem Lebensende als freipraktizierender Arzt wirkte und auch an verschiedenen Hospitälern (in der Entbindungsanstalt, im Obuchowhospital, im Marien-Magdalenenhospital) arbeitete. 3) In St. Petersburg der langjährige Arzt des hiesigen Hafenzollamts Staatsrat Dr. Alexis Johansen im Alter von 60 Jahren nach 37-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) Am 8. Juni in Ojcow (Gouv. Kielce) der Direktor der dortigen Wasserheilanstalt Dr. Stanislaus Niedzielski plötzlich im 46. Lebensjahre. Seine ärztliche Tätigkeit hatte er 1886 begonnen.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Zum Chef des Sanitätswesens der I. Mandschurischen Armee ist der Kommandeur der 5. ostsibirischen Schützendivision, Generalleutnant Alexejew, ernannt worden.

— Dr. Czernay, der bekanntlich als Marinearzt auf dem «Bobr» die Belagerung Port Arthurs mitgemacht hat, ist der 15. Flottenequipage im Hafen «Kaiser Alexander III.» (Libau) zukommandiert worden.

— Das neue Evangelische Feldlazarett in Tschalatun ist jetzt, einer Mitteilung der Geschäftsführung zufolge, fertig zur Aufnahme von Kranken und Verwundeten. In Gundschulin, dessen schöne Krankenräume Dr. v. Schiemann nicht vorzeitig aufgeben wollte, sind augenblicklich 30 Betten besetzt, doch können dort noch 100 Verwundete Aufnahme finden. Eine fliegende Kolonne des Evang. Lazaretts befindet sich mit Dr. Bierich und Stabsarzt Dr. Schäfer bei der Front. Da das Reservedepot des Evang. Lazaretts aus Charbin nach Tschalatun übergeführt worden ist, so hat der Administrator Grünerwald seinen längst erbetenen Erholungsurlaub am 5. Juni antreten können.

— Der preussische Stabsarzt Dr. Friedrich Schäfer, welcher aus den Mitteln der von der Familie v. Langenbeck gegründeten Stiftung zur Ermöglichung kriegschirurgischer Studien auf den Kriegsschauplatz in der Mandschurei entsandt wurde und bekanntlich seit dem Oktober v. J. bei den grossen Schlachten chirurgisch eingegriffen hat und auch im Evangelischen Hospital operativ tätig gewesen ist, hat über seine kriegschirurgischen Erfahrungen nach Berlin berichtet. Wir lassen nachstehend einige interessante Mitteilungen, die übrigens im wesentlichen mit denen russischer Aerzte übereinstimmen, aus seinen Berichten hier folgen: Die Verlustzahlen bei der russischen Armee waren im ganzen sehr gross und beliefen sich bei einzelnen Truppenteilen auf 30 bis 40, ja bis auf 75 Prozent der Gefechtsstärke. Besonders zahlreich waren, bei der häufigen Benützung von Feldverschanzungen, die Kopfschüsse. Das Verhältnis der Toten zu den Verwundeten scheint sich auf etwa 1:4 bis 1:6 belaufen zu haben. Die grosse Zahl der Todesfälle entfiel auf die Verletzungen durch grobes Geschütz. Massige Sprengstücke, die Schäfer auf den Schlachtfeldern gesammelt hat, lehrten, dass die Japaner auch schwerste Festungs-, Belagerungs- und Schiffsgeschütze, zum Teil russische Beutestücke, verwandten. Trat das Gewehrfeuer in den Vordergrund, so überwogen die leichten und schnell heilenden Verwundungen. Das auch lebenswichtige Organe, z. B. die Lungen, glatt durchquerende japanische Gewehrgeschoss brachte dabei oft auffallend geringe örtliche und allgemeine Störungen hervor. Selbst wenn der Schusskanal durch den ganzen Körper in der Längsrichtung von der Oberschlüsselbeingrube bis zum Oberschenkel, ging, trat oft schliesslich Heilung ein.

Unmittelbar bei den fechtenden Truppen war die ärztliche Hilfeleistung ausserordentlich erschwert, und man konnte die Verwundeten während des Feuers nicht aus den Schützen- und Laufgräben herausholen. Schliesslich liess Kuropatkin ausdrücklich davor warnen, um die Zahl der Verwundungen nicht noch unnötig zu vermehren. Ein grosser Teil der Verwundeten rettete sich kriechend in den Feuerpausen auf den weiter zurückliegenden Hauptverbandplatz. Durch die Häufung der Verwundungen in kurzer Zeit und die Ueberflutung der Hauptverbandplätze, besonders bei rückgängigen Bewegungen, wurden an die dort wirkenden Kräfte die höchsten Anforderungen gestellt. Es kam vor, dass das Sanitätspersonal mehrere Tage und Nächte hinter einander bis zu völliger Erschöpfung tätig war. Operative Leistungen traten gänzlich zurück zu gunsten des ersten Wundverbandes, der Verbesserung der Notverbände, der Schienung und Ruhigstellung der verletzten Körperteile. Auch bei der rückwärtigen Verwundetenversorgung bot sich der neueren konservativen Richtung ein weites Feld. Unter 62,346 bis zum 1. Januar 1905 a. St. allen Verbandplätzen und Lazaretten zugegangenen Verwundeten bedurften nur 322 (=0,5 pCt.) der Amputation. Besonders gefürchtet waren die Kopfschüsse, da bei ihnen die zahlreichen Splitter weiter ins Gehirn hineingetrieben wurden und schwere Störungen verursachten.

Sehr wichtig ist der Wundverband. Die auf den Chirurgenkongressen öfter gestreifte Frage des Verbandpäckchens, das auch der russische Soldat im Felde mit sich führt, gewinnt wieder erhöhte Bedeutung, wenn man erfährt, wie oft es tatsächlich zur ersten Wundversorgung benutzt wurde.

Eigentliche Wundkrankheiten (Rose, Starrkrampf) waren selten. Dagegen bedeuteten Erfrierung von Gliedern ernste Komplikationen.

Knochenschüsse heilten meist ohne Störung aus. Immerhin kam eine ganze Anzahl derartiger Verletzungen doch mit bedenklichen Infektionen in ärztliche Behandlung. Daran trägt zum grossen Teil die Schuld das noch vielfach beobachtete Verfahren, die Wunden mit den Verbandstoffen so fest auszustopfen, dass keine Ableitung der Wundabsonderung, sondern eine Verhaltung und Zersetzung eintrat. Ferner muss hier berücksichtigt werden der das ganze russische Kriegssanitätswesen beherrschende Gesichtspunkt, dass man um keinen Preis Verwundete in die Hand des Feindes fallen lassen dürfe. So wurden selbst tagelange Transporte Schwerverwundeter in notdürftig hergestellten, schlecht oder gar nicht geheizten und beleuchteten, schwer zugänglichen und bald stark verschmutzten Güterwagen nicht gescheut.

In grellem Gegensatz zu diesen primitiven und durch die Kälte, die Erschütterung oder durch den gänzlichen Mangel der ärztlichen Fürsorge oft unheilvollen Beförderungsmittels standen einzelne geradezu verschwenderisch ausgestattete Lazarettzüge, z. B. die der Kaiserin und der Kaiserin-Mutter, in welchen u. a. auch Badeeinrichtungen nicht fehlten. Seuchen sind in grösserem Umfange nicht aufgetreten. Immerhin übersteigt die Zahl der bis 1. Januar 1905 a. St. in allen Heilanstalten des mandschurischen Kriegsschauplatzes wegen Krankheiten Aufgenommenen (etwa 150,000) die der wegen Verwundungen Aufgenommenen (etwa 63,000) erheblich. Im ganzen wird dank dem günstigen, kalten, aber trockenen und sonnigen Klima und dank genügender Bekleidung und Ernährung der russischen Soldaten der Gesundheitszustand als sehr gut bezeichnet.

Nach Klagen, denen von sachverständiger Seite in einem russischen Fachorgan Ausdruck gegeben wird, muss der Krieg eine radikale Umwälzung in der Frage der ersten Hilfe auf dem Schlachtfelde herbeiführen, namentlich auch hinsichtlich des Transportes der Verwundeten bis zum Feldlazarett, der bei den Russen als der unterliegenden Partei besonders schlecht funktioniert hat.

Epidemiologisches.

— 157 Fälle von Genickstarre sind im Russischen Reiche in den ersten fünf Monaten dieses Jahres beobachtet worden und zwar: im Januar 4, im Februar 10, im März 30, im April 57 und im Mai 60 Fälle, wovon auf Finnland 82, auf die polnischen Gouvernements 33 entfallen, während sich die übrigen 42 Fälle auf die inneren und südlichen Gouvernements verteilen. Zur Bekämpfung dieser Krankheit, die keinen epidemischen Charakter angenommen hat, erliess der Medizinalrat eine Reihe von Vorschriften hinsichtlich der Isolierung, Desinfektion, bakteriologischen Untersuchung, Anzeigepflicht und Vorbeugungsmassregeln durch Besserung der Sanitätsverhältnisse.

— Die Pestepidemie wütet in Indien mit ungebrochener Stärke. Es kommen dort ca. 30,000 Fälle von Pesterkrankungen wöchentlich vor, von denen 90 pCt. mit dem Tode endigen. Nach einer «Daily-Mail»-Meldung aus Kalkutta sollen bis jetzt nicht weniger als drei Millionen Menschen in Indien an der Pest gestorben sein.

Bf.

Digitized by Google

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. Juni d. J. 9212 (106 mehr als in d. Vorw.), darunter 702 Typhus — (64 wen.). 787 Syphilis — (14 mehr), 250 Scharlach — (5 mehr), 97 Diphtherie — (3 wen.), 68 Masern — (13 wen.) und 36 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 5. bis zum 11. Juni 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
554	379	933	244	125	181	17	17	37	70	61	51	50	38	30	9	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 40, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 48, Scharlach 21, Diphtherie 13, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 2, Grippe 8, Katarrhalische Lungenentzündung 101, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberkulose der Lungen 83, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungskanals 208, Totgeborene 40.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

RONCEGNO
Natürliche Arsen-Eisenquelle
bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.
Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.**
Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—11.
Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.
Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.
Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.
Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.
Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

Hôtel und Pension
Hammerand
WIEN, VIII.
Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Stypticin. *anerkannt vorzügl. Haemostatikum, besonders bewährt bei Uterusblutungen. In Form von Substanz, Tabletten, Watte und Gaze.*

Veronal. *ausgezeichnetes Hypnotikum ohne jegliche schädliche Nebenwirkung. In Dosen zu 0,25 bis 0,5 und bis 1 gr.* (11) 13—13.

Tropacocain. *sehr beliebtes Anästhetikum. Besitzt d. anästhetischen Eigensch. d. Cocains ohne d. Nebenwirk. Die Lösungen sind sterilisierbar.*

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Marie Winkler, yr. Солянова пер. и Пантелеймоновской ул. д. 4. кв. 11.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.
Frau Minna Rieser, geb. **Franke**. Старый Петергофскій просп., д. № 16 кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.
J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

Digitized by Google

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche“

à 0,5 gr bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Airol „Roche“

das beste, pulverförmige Antisepticum. Als Ersatz des Jodoforms in den meisten Kliniken im Gebrauch.

Vorteile: Absolute Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit und Reizlosigkeit.

Indikationen: Wundbehandlung, Verbrennungen, Unterschenkelgeschwüre, Hornhautgeschwüre und Abscesse, Hypopyonkeratitis, Gonorrhoe, Metritis etc.

Verordnung: Als Streupulver, Gaze, 10% Collodium, Bruns'sche Airolpaste, Glycerin-Emulsion und Salbe.

Allgemeine Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Co. Fabrik chem.-pharm. Produkte

Basel (Schweiz) ✳ *Grenzach* (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate Eisen- u. Bromprotylin „Roche“.

Arsylin „Roche“

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Asterol „Roche“

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche“

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche“.

Sulfosotsyrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.

Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. illustrierte Prospekte.

Friedrichroda i. Thür.

Creosotal u. Duotal „Heyden“

sind anerkannt zuverlässige Medikamente gegen Lungen-**Tuberkulose, Pneumonie, Bronchitis** und **Skrofulose.** Frei von den zerrüttenden Nebenwirkungen, der Giftigkeit, dem üblen Geruch und Geschmack des Kreosots und Guajakols. Niemals Reizung des Magens oder Darmes. Kein Durchfall, kein Uebelsein, kein Erbrechen. Selbst in grossen Dosen äusserst zuträglich. In hohem Grade appetitanregend. Schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, Hebung des Ernährungs- und Kräftezustands, Verminderung von Husten und Auswurf. Phthisis ersten Stadiums schon in einigen Monaten heilbar. (23) 10—6.

Calodal. Leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur **subkutanen,** ganz besonders auch zur **rektalen Ernährung** und zur Darreichung **per os** als Kraftnährmittel. **Calodal-Nährklysmen** sind billig, leicht zuzubereiten, gut resorbierbar und setzen der Fäulnis im Darm einen grösseren Widerstand entgegen als andere Nährklysmen.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Digitized by Google

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

CHINAPHENIN

Geschmacklose Verbindung von Chinin und Phenetidin, bewährtes Mittel bei **Keuchhusten, Influenza, Malaria** und **Neuralgien.**

ARISTOCHIN

Geschmackloses Antipyreticum, gegen **Influenza, Typhus, Keuchhusten** und **Malaria.**

SALOCHININ

Geschmackloser Chininkörper, heilend und schmerzstillend bei verschiedenen **Neurosen**, tadelloses Antipyreticum, speziell auch beim **Typhus**, da reizlos und milde

SALOCHININ SALICYLIC

Gegen akuten **Gelenkrheumatismus**; wegen völliger Geschmacklosigkeit und Neutralität für Magen und Herz speziell indiziert bei schwersten Fällen und bei Empfindlichen.

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

KÖNIGLICHES BAD OEYNHAUSEN

Sommer- und Winterkurort.

Station der Linien Berlin-Köln und Löhne-Hildesheim. Naturwarme, kohlensaure Thermalbäder, Solbäder, Sol-Inhalatorium, Medico-mechanisches Zander-Institut, Röntgenkammer, Molken- und Milchkuranstalt. Prospekte und Beschreibung übersendet frei die

(79) 6—4. Königliche Badeverwaltung.

SASSNITZ.

Ostseebad auf Rügen.

Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die Bade-Direktion.

ПОМОЩЬ ЧАХОТОЧНЫМЪ.

На каждые 3 случая смерти въ зрѣломъ возрастѣ (отъ 15 до 60 лѣтъ), одинъ вызванъ чахоткой, самой ужасной изъ современныхъ болѣзней человѣка, уносящей въ одной только Россіи ежегодно болѣе полумилліона людей!

Долго считавшаяся неизлечимой болѣзнью (пока ее лечили только лекарствами), чахотка теперь врачами признается самой излечимой изъ всѣхъ хроническихъ болѣзней. Это доказывается статистикой, которая ведется въ спеціальныхъ лечебныхъ заведеніяхъ, т. наз. санаторіяхъ, весьма распространенныхъ теперь за границей. Строгій режимъ укрѣпленія и закаливанія организма, примѣняемый въ санаторіяхъ, даетъ даже въ средней стадіи болѣзни, около 70% выздоровленій и стойкихъ улучшеній; а въ началѣ болѣзни около 90% всѣхъ больныхъ могли бы излечится въ сравнительно короткое время (отъ 4-хъ до 6-ти мѣсяцевъ), при точномъ исполненіи санаторнаго леченія.

У насъ же на всю Россію имѣются лишь 3—4 небольшія санаторіи, всегда переполненныя больными и окруженныя многочисленными кандидатами, тщетно ожидающими вакантнаго мѣста! Чтобы хоть отчасти пополнить столь существенный недостатокъ въ лечебныхъ учрежденіяхъ, Севастопольское общество борьбы съ туберкулезомъ задалось цѣлью устраивать въ Крыму общедоступныя санаторіи, преимущественно для лицъ средняго или малосостоятельнаго класса, ежегодно пріѣзжающихъ въ Крымъ для леченія и попадающихъ въ совершенно неблагопріятныя условія жизни въ частныхъ квартирахъ.

Но устройство и первоначальное оборудованіе санаторій требуетъ большихъ единовременныхъ затратъ, которыя не по силамъ одному мѣстному Обществу, а потому Правленіе Общества обращается съ горячимъ призывомъ ко всѣмъ добрымъ людямъ — помочь осуществленію этого великаго гуманнаго дѣла и тѣмъ спасти отъ преждевременной гибели тысячи молодыхъ жизней, погибающихъ въ расцвѣтѣ лѣтъ, вслѣдствіе недостатка въ надлежащемъ и современномъ леченіи.

Въ память о пострадавшихъ близкихъ лицахъ, которыя найдутся почти въ каждой семьѣ, въ помощь погибающимъ — посильными лептами помогите Обществу устроить лечебныя учрежденія, которыя спасутъ несчастныхъ больныхъ отъ тяжелаго, упорнаго, но излечимаго недуга!

Примѣчаніе: Подробная брошюра и уставъ О—ва высылаются Правленіемъ безплатно. Пожертвованія и членскіе взносы (отъ 3-хъ руб. ежегодно или 100 руб. пожизненно) адресуются въ Севастополь — Правленіе Севастопольскаго О—ва борьбы съ туберкулезомъ, а также принимаются въ С.-Петербургѣ, контора «Новое Время» — Невскій пр. 40 (отъ 10—5 веч.).

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER

VICHY

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (63) 18—4.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.

Дозв. ценз. Спб., 25 Іюня 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

[library stamp, illegible]

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 26 St. Petersburg, den 2. (15. Juli). **1905.**

Inhalt: Dr. Erich Matzner: Experimentelle und klinische Untersuchungen über Haemoglobin «Poehl». — Bücheranzeigen und Besprechungen: Prof. Dr. Otto Schwarz: Augenärztliche Winke für den praktischen Arzt. — Dr. Ph. Bockenheimer und Dr. Fritz Frohse: Atlas typischer chirurgischer Operationen. — Protokolle des II. Aerztetages der Estländischen Aerzlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval. — XXII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Experimentelle und klinische Untersuchungen über Haemoglobin «Poehl».

Von

Dr. Erich Matzner.

Gelegentlich meiner Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit verschiedener Eisenpräparate und des hiemit verbundenen Studiums der genannten, äusserst umfangreichen Literatur fiel mir der Umstand auf, dass einerseits auf Grundlage theoretischer Erörterungen für die therapeutische Verwendbarkeit insbesondere die hochgebundenen Eiseneiweisspräparate, vor allem das Haemoglobin und dessen Derivate, empfohlen wurden, ohne jedoch exakte, durch experimentelle, histologische und klinische Untersuchungen gestützte Beweise hiefür zu erbringen, andererseits jedoch deren Verwendung als zum mindesten überflüssig hingestellt wurde, da die Haemoglobine schlecht resorbierbar seien, die Darmwand «verschmieren», zu wenig Eisen für eine ausgiebige Wirkung enthielten, durch Zusätze konservierender Mittel, wie Alkohol und Glycerin, direkt schädlich wirken könnten, schwer bakterienfrei herzustellen seien, und deren verhältnissmässig hoher Preis einer allgemeinen Verwendbarkeit im Wege stünde. Dazu käme noch der Umstand, dass das per os oder subkutan eingeführte Haemoglobin als solches nicht direkt zur Neubildung von Blutfarbestoff verwendet werde, sondern nur dessen Eisencomponente nach Auflösung des Haemoglobinmoleküles dieselbe anregende Wirkung auf die haematopoetischen Organe äussere, wie irgend ein anorganisches Fe-Präparat. Gestützt auf langjährige Erfahrungen auf dem Gebiete der Eisenfrage und vertraut mit allen in Betracht kommenden Untersuchungsmethoden, versuchte ich vorerst der Frage bezüglich der Resorptionsfähigkeit des Haemoglobins — ich bediente mich bei allen in nachstehendem angeführten Untersuchungen ausschliesslich des Haemoglobin Poehl, — auf dem Wege des Tierexperimentes näherzutreten. Solche liegen zwar für eine Reihe anorganischer und organischer Eisenpräparate von Hamburger[1]), Bunge[2]), Macallum[3]), Hall[4]), Gaule[5]), Hochhaus und Quincke[6]), Honigmann[7]), Hofmann[8]), Cloetta[9]), Harri[10]), Nathan[11]), Schürmayer[12]), Tirmann[13]), Matzner[14]), Kunkel[15])

[1]) Hamburger: Die Aufnahme und Ausscheidung des Eisens. Zeitschrift für physiol. Chemie. Band IV.

[2]) Bunge: Ueber die Assimilation des Eisens. Zeitschrift für physiol. Chemie. Band IX.

[3]) Macallum: Of the absorption of iron in the animal body. Journal of Physiolog. XVI. 1894, 1897. Vol. 22 № 1 u. 2, pag. 92.

[4]) Hall: Ueber die Resorption des Carniferins. Archiv f. Anat. u. Physiol. 1894. Abt. 5 u. 6; Ueber das Verhalten des Eisens im tierisch. Organism. Ibidem. 1896, Abt. 1 u. 2.

[5]) Gaule: Ueber den Modus der Resorption des Eisens. Deutsche med. Wochenschrift, 1896, H. 19. Der Nachweis des resorbierten Eisens in der Lymphe des duct. thorac. Ibid., 1896, H. 24.

[6]) Hochhaus u. Quincke: Ueber Eisenresorption und Ausscheidung im Darmkanal. Archiv f. experim. Patholog. u. Pharmakologie, 1896.

[7]) Honigmann: Beiträge zur Kenntnis der Aufsaugungs- und Ausscheidungsvorgänge im Darm. Archiv f. Verdauungskrankheiten, Band II. Heft 3.

[8]) Hofmann: Ueber Eisenresorption und Ausscheidung im Organ. Virchow Archiv, Band 151; Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung. Virchow Archiv, Band 160.

[9]) Cloetta: Archiv für experimentelle Pathol. und Pharmakol., 1897, Band XXXVIII, 3 und 4.

[10]) Harri: Ueber Eisenresorption. Archiv f. Verdauungskrankheiten, Band IV. H. 2.

[11]) Nathan: Ueber die Aufnahme und Ausscheidung des Eisens der Eisen-Somatose. Deutsche medic. Wochenschrift 1900, H. 8.

[12]) Schürmayer: Zur Wirkung neuerer Eisenpraeparate. Allg. medic. Central-Zeitung, 1901, № 11/12

[13]) Tirmann: Ueber Ferrhaemol, 1898.

[14]) Matzner: Experimentelle und histolog. Untersuchungen über Eisen-Somatose. Heilkunde, 1903.; Ueber die Resorptionsfähigkeit des Triferrin. Heilkunde, 1905, Märzheft; Experimentelle Untersuchungen über Eisentropon. Deutsche med. Wochenschrift 1905, Heft 8.

[15]) Kunkel: Blutbildung aus anorg. Eisen. Archiv für die gesamte Physiologie LXI, 11/12.

Digitized by Google

und Berry[16]) vor (die vor 1894 erschienenen Veröffentlichungen sind hier nicht berücksichtigt, da sie keine histologischen Untersuchungen mittels mikrochemischen Fe-Nachweises enthalten, sind übrigens im Literaturverzeichnis von Hofmann[8]): «Die Eisenresorption und Ausscheidung im menschlichen und tierischen Organismus» Virchows Archiv, Band 151, Folge XV. Band 1, pag. 488 nachzuschlagen), betreffen jedoch nirgends das reine Haemoglobin und dessen Abkömmlinge.

I. Resorptionsversuche an Mäusen und Kaninchen.

Zu diesem Zwecke wurden 6 Mäuse und 3 Kaninchen, deren Darm vorher durch Eingiessungen und milde Laxantia genügend gereinigt war, und die von Beginn der Untersuchungen an, bei Milch, Brod und nur wenig Grünfutter gehalten wurden, mit täglich 3, beziehungsweise 5 gr. Haemoglobin pro Tag gefüttert und nach 12 Tagen getötet. Um mir Raumersparnis halber die ausführliche Beschreibung der verschiedenen Versuchsanordnungen ersparen zu können, verweise ich darauf, dass dieselben den in jeder Beziehung mustergiltigen Methoden von Hofmann, welche in der obenerwähnten Arbeit (8) eine erschöpfende Darstellung erfahren, bis ins Detail nachgeahmt wurden, da durch dieselben Gewähr geboten war, Fehlerquellen nach Möglichkeit auszuschliessen. Nach Tötung der Tiere wurden die in Betracht kommenden Organe nach sorgfältiger Abspülung mit physiologischer Kochsalzlösung in 70 pCt. Alkohol, dem nach Hall's Angaben etwas Schwefelammonium zugesetzt war, gelegt, am nächsten Tage in absoluten gebracht, hierauf in Paraffin eingebettet und geschnitten; die Schnitte wurden sodann von allem Paraffin befreit, durch $^{3}/_{4}$ h in $(NH_4)_2S$ gebracht, in Wasser abgespült und in Glycerin betrachtet. Desgleichen wurden nach einer anderen mikrochemischen Methode nach vorher stattgehabter gleicher Behandlung die Schnitte mit Ferrocyankali-Salzsäure behandelt, wobei sich fast noch schönere Bilder als bei der Reaktion mit Schwefelammon ergaben. Wenn Berry[16]) und Quincke bei dieser Methode schlechte Resultate erzielten, so rührt dies einzig allein daher, dass dieselben zur Kontrastfärbung des Gewebes Alauncarmin und Haematoxylin verwandten, wobei allerdings die blauen Eisenpartikelchen nur wenig von dem blauroten Grunde abstechen; kommt aber, wie dies Nathan, Stiede und ich taten, zur Kontrastfärbung konzentrierte Pikrinsäure von 20—30 Sekunden Einwirkungsdauer zur Verwendung, so heben sich die kleinen und kleinsten blaugefärbten Eisenpartikelchen von dem durch Pikrinsäure gelbgefärbten Gewebe äusserst wirkungsvoll ab. Natürlich wurden auch die Organe von Kontrolltieren untersucht, welche nach gleicher Vorbereitung bei eisenarmer Kost gehalten wurden.

1) Magen. Der Fundus wurde stets vollständig eisenfrei gefunden; dagegen konnte ich ab und zu im pylorischen Teil des Magens eine feinste, diffuse Grünfärbung der äusseren, körnigen Schichte des Oberflächen-Epithels konstatieren, welche aber zart, nur angedeutet war. In wenigen Zellen fanden sich in der Nähe des ovalen, an der Grenze zwischen äusserer körniger und inneren Schichte liegenden Kernes 2—4 gröbere Eisenpartikelchen; ebenso spärliche, in das Oberflächenepithel eingestreute eisenhaltige Leukocyten.

2) Duodenum. In demselben findet durch die Zotten die lebhafteste Eisenresorption statt, wobei das Bild derartig typisch ist, dass Schnitt für Schnitt das gleiche Bild sich dem Untersuchenden entrollt. Charakteristisch ist der Umstand, dass die Eisenreaktion immer von der Spitze der Zotte gegen die Basis an Intensität zunimmt. Das Cylinderepithel der Zotte zeigt als Beweis für die feinste, elementare Erfüllung ihres Gesammtprotoplasma mit Eisen eine diffus grüne Verfärbung, welche an der Spitze dem Farbentone eines hellen Aquamarines gleicht, um allmählich in die sattere Färbung des Malachites überzugehen und an der Basis das volle, dunkle Grün des Smaragdes zu erreichen. Nur gegen die Basalmembran der Zelle finden sich bisweilen zu Reihen angeordnete, deutlich blaue Eisenkörnchen, wohl, weil die starke Membran dem Durchdringen des feinst verteilten Eisens einen stärkeren Widerstand entgegensetzt, und es hiedurch zu einer Stockung der Strömung und damit gewissermassen zu einer Verdichtung der feinsten Fe-Partikelchen zu Körnchen kommt. Nur hie und da findet sich in diesem gleichgrünen Saume eine Unterbrechung von blassgelbem Farbentone, es sind dies die den resorptiven Vorgängen fernestehenden Becherzellen. Das weitmaschige, reticuläre Bindegewebe des Zottenstromas erscheint frei; dafür aber sind die in dasselbe eingelagerten zahlreichen Leukocyten dicht erfüllt mit gröberen und feineren Eisenkörnchen, besonders in der Umgebung des Zellkerns. Diese transportieren jedenfalls das vom Epithel resorbierte Eisen in den Anfangsteil des intestinalen Lymphgefässsystemes, in den Zentralkanal der Zotte. Sie stellen bei der Maus und beim Kaninchen bald fadenförmige, und dann spitz oder abgerundet (Ampulle) endende, oder schlingenförmige, von Endothel ausgekleidete Hohlräume dar, welche bald einfach, bald doppelt in der Zotte vorhanden sind und in diesem Falle auf dem höchsten Teil der Falte nebeneinander mit blinden, oft rankenförmig gekrümmten Spitzen entspringen, um von da aus divergierend, jeder dicht an dem Seitenrande der Zotte, weiter fortzuziehen. Diese Binnenräume sämtlicher Zotten gehen in das Lymphgefässsystem der Schleimhaut über, welches seinerseits wieder mit jenem der Submucosa in Verbindung steht, aus welchem sich endlich das Lymphgefässsystem des Mesenteriums entwickelt; das Gefässsystem in der Submucosa und jenes tieferliegende zwischen beiden Schichten der Darmmuskulatur ist netzförmig angeordnet, in dasselbe sind zahlreiche lymphatische Elemente in Form solitärer Knötchen eingestreut und die kurzen, ziemlich weiten Abflusskanäle desselben durchsetzen schräg die äussere longitudinale Muskelschichte, um in das weitmaschige subseröse Saugadersystem überzugehen. Aus demselben ziehen stärkere Gefässe, welche bereits eine ausgesprochene Dreischichtung ihrer Wand erkennen lassen, längs der kleineren und grösseren mesenterialen Gefässe radienförmig gegen die Wurzel des Gekröses und haben auf diesem Wege eine Reihe (meist 2—4 Etagen) Lymphdrüsen zu passieren, derart, dass die Vasa efferentia der einen Lymphdrüsenseite zu den Vasa afferentia der nächst folgenden werden; letztere, 2—4 an der Zahl, dringen an der Peripherie des Lymphknotens durch dessen Kapsel in das Innere, wo sie unter Verdünnung ihrer Wandungen und wiederholten Teilungen direkt in die Lymphsinus übergehen. Nachdem die Lymphe so die Rindenfollikel und Markstränge umspült und die in den Keimzentren neugebildeten zelligen Elemente in sich aufgenommen hat, fliesst sie nahe dem Hilus in den weiten Terminalsinus, aus denen sich die Wurzeln der Vasa efferentia als dünnwandige Kanälchen entwickeln, um aus dem Hilusstroma zu 2—6 den Lymphknoten zu verlassen. Diese Stämme vereinigen sich allmählich immer mehr und mehr und gehen schliesslich in den Ductus lymphaticus intestinalis über, der sich hinter dem Teilungswinkel der Coeliaca, dicht unter der abdominellen Fläche des Zwerchfelles, mit den beiden, die Lymphe aus den unteren

---

[16]) Berry: Zur Frage der Eisenresorption. Inauguraldissertation. Zürich, 1902.

Digitized by Google

Extremitäten und dem Becken führenden Trunci lymphatici lumbales, nach vorheriger Erweiterung in Form einer Cisterna chyli vereinigt und die Wurzelstämme des Ductus thoracicus bildet; ausserdem aber begleiten Lymphgefässe, welche aus der obersten Etage der mesenteriellen Lymphknoten ihren Ursprung nehmen, die Pfortader, deren interlobuläre Aeste sie netzartig umspinnen, um dann, in die Leberläppchen eindringend, die Kapillaren als perivasculäre Lymphräume zu umhüllen und als in die Wandungen der Lebervenen eingelassene Lymphgefässe das Organ wieder zu verlassen. Ich habe mir erlaubt diese anatomischen Verhältnisse deshalb etwas ausführlicher zu schildern, weil es die Wege sind, auf welchen die Weiterbeförderung des Eisens im Organismus stattfindet, woselbst es mikrochemisch nachweisbar ist und weil ich mir hierdurch später manche Wiederholung ersparen kann. Sobald die resorbtiven Vorgänge ihren Höhepunkt erreicht haben, erscheint der genannte Zentralkanal dicht erfüllt, teils mit freien, gegen die Zottenbasis zu jedoch mit vorwiegend in Leukocyten eingeschlossenen Eisenkörnchen; untersucht man jedoch ein Versuchstier wenige Stunden nach einer einmaligen unbedeutenden Haemoglobin-Darreichung, so findet man meist die Spitze des Zentralkanales eisenfrei und erst unterhalb seiner halben Höhe spärliche eingeschlossene Fe-Teilchen. Keiner der bisherigen Untersucher — ich selbst habe mindest 250 Duodenalschnitte im Laufe von 4 Jahren durchmustert — konnte direkt die Aufnahme freier Eisenpartikelchen durch den Leukocyten konstatieren; es erscheint nur deshalb sehr wahrscheinlich, dass das Eisen in molekularer Form von den Leukocyten aufgenommen wird und erst innerhalb des Zellkörpers eine Verdichtung erleidet. Je weiter das Eisen vom Säftestrom geführt wird, desto spärlicher werden die isolierten Fe-Körnchen; bereits in dem, zwischen Längs- und Ringmuskulatur gelegenen Lymphnetze trifft man nur mehr eisenführende Leukocyten an. Massenhaft von solchen erfüllt erscheinen die eingestreuten lymphatischen Elemente, welche oft so dicht von Fe erfüllt sind, dass man bei schwacher Vergrösserung (etwa 400 linear) nur einen einzigen von feinstem gelben Maschenwerk durchzogenen blauen Fleck zu erkennen vermag. Treten wir nun der Bahn des resorbierten Eisens folgend, zum

3. Mesenterium über, so möchte ich hervorheben, dass an demselben, nach vorheriger Behandlung mit Ferrocyankal. — Salzsäure bereits makroskopisch die eisenführenden Lymphbahnen als solche in Form feinster oft bis 15 mm. langer, dem Verlaufe der Gekrösgefässe paralleler Strichelchen zu erkennen sind. Mag man nun wo immer im Verlaufe des Lymphgefässes untersuchen, bevor dieselben die etageförmig angeordneten Lymphdrüsen passiert haben, so bietet sich dem Beschauer überall das gleiche Bild der eisenführenden etwa 40 pCt. der Gesamtzahl der Zellen betragenden, mononucleären Leukocyten, neben denen die freien Fe-Partikelchen an Zahl verschwindend erscheinen. In den Lymphknoten jedoch findet eine Art Filtration statt, dergestalt, dass in den Lymphfollikeln der Rindenpartien noch hauptsächlich in Leukocyten eingeschlossenes Eisen zu sehen ist, in dem Gebiete der Markstränge jedoch ein Zerfall derselben stattfindet, so dass neben reichlichen Schollen zerfallener Leukocyten, immer mehr und mehr freie Fe-Körnchen zu Tage treten. Hat der Lymphstrom einmal die letzte Reihe der Lymphknoten passiert, so ist nahezu alles Eisen frei, und geformte, eisenführende zellige Elemente sind eine Seltenheit geworden. Wenn es auch verschiedenen Autoren, zuerst Gaule, gelungen ist, in kurzer Zeit Eisen in der Lymphe des Ductus thoracicus nachzuweisen, so erscheint es mir unzweifelhaft, dass in denselben nur ein geringerer, erst bei Eisenüberfluss grösserer Fe-Anteil übergeht, um von hier aus hauptsächlich am Wege der Blutbahn in das Knochenmark (siehe später) übergeführt zu werden, während der grössere Teil den zur Leber ziehenden Lymphbahnen folgt, um in diesem grössten drüsigen Organe der Bauchhöhle deponiert zu werden und daselbst vorläufig wenigstens für unsere heutigen Kenntnisse seine Ruhe zu finden. In der

4. Leber ist es das interlobuläre, dem Gebiete der Pfortader angehörige Bindegewebe, und nur das in der Peripherie des Leberläppchens enthaltene interlobuläre Bindegewebe, welches reichlich, oft massenhaft Eisen in meist grobkörnigerer Form enthält; die der Vena centralis zugehörigen Teile, sowie die Leberzellen selbst sind fast vollkommen eisenfrei. Nur bei künstlich anaemisch gemachten Tieren, ebenso bei Menschen, welche unter anaemischen Zuständen an irgend einer intercurrenten Krankheit gestorben, fanden einige Autoren, darunter auch ich, das Eisen mehr in den zentralen Leberläppchen-Partien abgelagert; es will mir scheinen, als ob normaler Weise das Eisen blos in dem der Porta zugehörigen Teil des Leberläppchens deponiert werde, sobald dasselbe aber in zentralen Partien erscheint, nicht mehr ruhig lagernd ist, sonders unter dem Einfluss des vorhandenen Eisendeficites im Organismus gegen die Zentralvene ströme, um durch dieselbe dem Gesamtkörper zugeführt zu werden. Bis hierher können wir das Eisen und dessen Schicksale im Organismus nach stattgefundener Resorption verfolgen; ob dasselbe in der Leber weitere Umsetzungen eingehe und wie es bei Eisenmangel aus der Leber wieder eliminiert wird, wissen wir nicht. Eines Versuches möchte ich an dieser Stelle gedenken: ich hatte durch wiederholte Blutentziehungen und Darreichung eisenarmer Nahrung nach der Hösslin'schen Methode ein Versuchstier anaemisch gemacht (35 pCt. Hbgl. und 2,650,000 Erythrocyten), hierauf durch 1½ Monate demselben Haemoglobin Poehl in Tagesdosen von 1½ gr. verabreicht, bis die Erythrocyten-Zahl wieder auf 4,120,000 und der Hbgl-gehalt auf 95 pCt. gestiegen war; durch zahlreiche Versuche wusste ich, dass unter diesen Umständen ein grosser Fe-Vorrat in der Leber deponiert sei; nun machte ich eine ausgiebige Venäsektion, worauf die Erythrocytenzahl auf 2.560,000 und der Hbgl.-Gehalt auf 45 pCt. herabging. Hierauf wurde nach 3 Tagen das Tier chloroformiert, laparotomiert und 25 gr. Blut aus der Vena hepatica gewonnen, da die Annahme gerechtfertigt erschien, dass uns durch dieselbe Fe dem Organismus aus dem Eisendepot der Leber zugeführt werde, doch fiel der Versuch vollkommen negativ aus: weder freie, noch in Transportzellen eingeschlossene Eisenpartikelchen konnten bei 19 Praeparaten gefunden werden; auch die quantitative Bestimmung des Eisengehaltes des Lebervenen-Blutes liess mit einer Ziffer von 0.04168 Eisen in Gewichtspercent und 0.46914 Fe pro Liter Blut eine Erhöhung im Fe-Gehalte nicht erkennen. Am Ende der die Resorption betreffenden Versuche angelangt, möchte ich erwähnen, dass ich bei Haemoglobin Poehl niemals die von manchen Forschern hervorgehobene «Verschmierung» der Darmwand durch Hbgl-Praeparate angetroffen habe; wohl habe ich bei flüssigen Blutpraeparaten, wie Dr. Hommels Haematogen, Fortuna-Haematogen, Ferrhaemin Hertel, Eubiose, Perdynamin, Dynamogen (das neueste von Kalle & Co. in den Handel gebrachte Bioferrin kenne ich noch nicht), braunrote Ueberzüge an der inneren Darmwand stellenweise gesehen, doch verliefen hinter denselben die Resorptionsvorgänge ungestört.

II. Regenerationsversuche.

Seit langem stehen sich die Meinungen der Forscher über die Neubildung des Blutes im embryonalen Leben

Digitized by Google

und beim Geborenen, über die Herkunft der weissen, insbesondere aber der roten Blutkörperchen, über die Rolle des Eisens bei der Blutbildung, und über das Wesen der Chlorose in vielen Punkten strittig einander gegenüber. Die Hauptschuld an diesen Meinungsdifferenzen trägt neben der enormen Schwierigkeit der diesbezüglichen Untersuchungsmethoden zweifelsohne der Umstand, dass wir bis jetzt noch kein zuverlässiges mikrochemisches Reagens auf Haemoglobin besitzen, wodurch die Unterscheidungen der einzelnen Zellarten, hauptsächlich aber deren Uebergänge in einander bedeutend erschwert ist. Um den mir zur Verfügung stehenden Raum nicht zu überschreiten, kann ich unmöglich, so interessant es auch wäre, näher auf diese Streitfragen eingehen, und verweise Interessenten auf die Arbeiten von Hoffman[17]), Pappenheim[18]) und Ehrlich-Lazarus[19]), woselbst die ausführliche Erörterung aller Punkte neben einem bis auf 1902 reichenden, und 476 Publikationen umfassenden Literaturverzeichnis zu finden ist.

Vor Allem ist es das Knochenmark auf welches wir bei den Untersuchungen über die Blutregeneration beim Erwachsenen hingewiesen werden. Die schönsten Praeparate der Medulla ossium erhält man, wenn man entweder nach der Methode von Neumann ein Stück Knochen zwischen einer Schraube ausquetscht, den heraustretenden Marksaft mit einem kapillaren Röhrchen auffängt und aus diesem einen kleinsten Tropfen auf Deckglas bringt, oder wenn man nach Hoffmann, hauptsächlich zur Bestimmung des quantitativen Verhältnisses der reifen, kernlosen Erythrocyten, der kernhaltigen Normoblasten und der übrigen Markzellen, mittels einer feinen Scheere möglichst gleich grosse Stückchen des Markes von etwa Stecknadelkopfgrösse entnimmt, zwischen zwei sorgfältig gereinigte Deckgläschen bringt und zwischen denselben gleichmässig zerdrückt, hierauf letztere 2—3 mal sanft über einander hinwegzieht, bis man eine gleichmässig ausgebreitete Markschicht erhält; nun wird das Praeparat lufttrocknen gelassen, in Alkohol-Aethermischung fixiert und mit Eosin-Haematoxylin oder Triacidlösung gefärbt. Schon Orth und Letten konnten die mächtige Beteiligung des Knochenmarkes bei der Regeneration des Blutes feststellen. Durchsucht man das Knochenmark eines gesunden, nicht mit Eisen gefütterten Versuchstieres nach freien, oder in Leukocyten eingeschlossenen Fe-Partikelchen, so findet man da und dort, meist in der Nähe des Ueberganges der arteriellen in die venösen Kapillaren, wo das Markparenchym mit der Blutbahn in engere Beziehung tritt, einzelne eisenführende Transportzellen, welche das zur Resorption gelangte Nahrungseisen am Wege der Blutbahn, wie Hoffmann durch zahlreiche Unterbindungsversuche bewies, der Medulla ossium zugeführt haben. Bei Fütterung mit Eisenpraeparaten hingegen, werden diese sowohl diffus grün verfärbten, als auch meist 3—4 grössere Fe-Partikel enthaltende Transportzellen äusserst zahlreich; sie finden sich in dem roten, den oberen Teilen der Extremitäten entnommenen Marke, bedeutend zahlreicher, als in dem gelben, zellarmen fettreichen Marke der Diaphyse, wenn auch hier unter Eisenfütterung eine äusserst bedeutende Vermehrung derselben gegenüber der Norm zu constatieren ist. Nicht nur in den Gefässen und feineren Capillaren des Markes finden sich diese eisenführenden Transportzellen, sondern auch, entsprechend dem eigentümlichen histolog. Bau der Medulla ossium in den Blutsinus und im Markparenchym. Rüdiger[20]), Hoyer[21]), Rindfleisch[22]) und Strowinsky[23]) haben uns gezeigt, dass der Hauptarterienstamm in der Mitte des Markes seitlich sich verzweigt und in feine Kapillaren sich verteilt, die dann auf einmal in weite, endothellose, netzförmige Kanäle übergehen, welche von einer allerfeinsten, von den Elementen des Reticulums gebildeten Adventitia begrenzt sind. Hier, wo der Blutstrom ein sehr verlangsamter ist, und ein unmittelbarer Kontakt zwischen Parenchymgewebe des Markes und circulierendem Blute stattfindet, erscheinen die eisenhaltigen Zellen in grösster Menge und dringen auch in das Markparenchym selbst ein. Es ist wohl ausser jedem Zweifel, dass das Mark nicht wie die Leber oder die Milz als Stapelplatz für das resorbierte Eisen anzusehen ist, sondern, dass sein Gehalt an diesen Zellen abhängt von der Zahl der zu- und abgeführten Exemplare und der Schnelligkeit des Blutstromes in den weiten netzförmigen Bahnen. Findet nun im Knochenmarke eine Umsetzung dieser uns unbekannten Fe-Verbindung in Haemoglobin und Aufnahme des hier neugebildeten Blutfarbestoffes durch die Vorläufer des roten Blutkörperchens statt? Wohl kaum; es ist vielmehr mit Sicherheit anzunehmen, dass diese eisenführenden Transportzellen auf das Knochenmark einzig und allein einen formativen Reiz ausüben, welcher letzteres, wie wir in Kürze ersehen werden, zur vermehrten Produktion von Erythrocyten veranlasst. Wenn wir das Knochenmark eines Tieres, welches nach der Methode von Hoesslin auch zahlreiche kleine Aderlässe und absolut eisenarme Nahrung anaemisch gemacht wurde, oder das eines chlorotischen, unter Haemoglobin-Darreichung befindlichen und an einer interkurrenten Krankheit gestorbenen menschlichen Individuums, wie es mir in einem Falle mit 13 Praeparaten möglich war, untersuchen, so finden wir eine kolossale Vermehrung (welche nach beiläufiger Schätzung mindestens das 5—6fache des normalen Zellgehaltes ausmacht) sämtlicher im Knochenmarke vorkommender zelligen Elemente, jedoch in zu einander wechselndem Verhältnis, mit alleiniger Ausnahme der Zellen des reticulären Gewebes und der Myeloplacen, welche Vermehrung ihrer Zahl nicht erkennen liessen. Vor allem erscheinen vermehrt die als Markzellen schlechthin bezeichneten farblosen Zellen, von denen man nach Arnold am besten 4 Gruppen unterscheidet: 1) Kleine Leukocyten mit dunklem, rundem, den Zellleib fast ausfüllendem Kern. 2) Grosse Zellen mit schmalem Protoplasma-Saum und rundem, selten eingebuchtetem Kern. 3) Zellen von wechselnder Grösse mit breitem Protoplasma-Saum und rundem eingebuchtetem, hufeisen- oder korbförmigem Kerne. 4) Zellen mit breitem oder schmalem Protoplasmasaum und polymorphem, selten geteiltem Kern.

Diese 4 Zellarten erscheinen mehr gleichmässig vermehrt, indem man nirgends grössere Anhäufungen, etwa ganze Zellhaufen einer oder der anderen Füllung wahr-

[17]) Hoffmann: Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung. Virchows Archiv für pathol. Anat. und Physiol. Band 160, Heft 2.

[18]) Pappenheim: Von den gegenseitigen Beziehungen der verschiedenen farblosen Blutzellen zu einander. Ibidem, Band 160, S. 19, 307.

[19]) Ehrlich u. Lazarus: Normale und pathol. Histologie des Blutes. Spezielle Pathol. u. Therapie von Nothnagel, Band VIII.

[20]) Rüdiger: Zur Histologie des Knochenmarkes. Centralblatt f. medic. Wissenschaft, 1869, 16 u. 17.

[21]) Hoyer: Ueber die Gefässanordnung in den Gehörknöchelchen. Ibidem, 1869, № 23.

[22]) Rindfleisch: Ueber Knochenmark und Blutbildung. Archiv f. mikroskop. Anatomie, Band XVII.

[23]) Strowinsky: Ueber den feineren Bau des Knochenmarkes. Zeitschrift f. wissenschaftliche Zoologie, Band XII.

Digitized by Google

	Gewicht.	Erythrocyten vor Venaesection.	Haemglb ante.	Erythrocyten sofort nach Venaesect.	Hmglb.	Erythrocyten 12 Tage nach Venaesect.	Haemogl.	
№ I.	1440 gr.	5,250,000	72 pCt.	2,850,000	40 pCt.	3,240,000	55 pCt.	
№ II.	4360 gr.	5,300.000	75 „	2,740,000	35 „	3,280,000	58 „	
№ III.	1450 gr.	5,280,000	70 „	2,930,000	42 „	3,300,000	56 „	
№ IV.	1320 gr.	5,320,000	70 „	2,840,000	40 „	3,740,000	62 „	mit Haemoglobin „Poehl“ gefüttert.
№ V.	1440 gr.	5,260,000	75 „	2,920,000	42 „	3,850,000	65 „	
№ VI.	1400 gr.	5,300,000	72 „	2,730,000	38 „	3,820,000	68 „	

nehmen könnte. Dafür aber finden wir die Normoblasten (Ehrlich) (nicht zu verwechseln mit Löwit's Erythroblasten, denen er das Hgl abspricht), jene kernhaltigen, bereits Haemoglobin enthaltenden Vorläufer der Erythrocyten, zu traubenförmigen Zellklumpen angeordnet, massenhaft an den Teilungsgabeln der Gefässkapillaren und an jenen Stellen, wo das Markparenchym keilförmig gegen die sinusartigen Erweiterungen der Kapillaren vorspringt. Fertige Erythrocyten hingegen durchsetzen regellos diese Zellhaufen und erfüllen dichtgedrängt die feineren Verteilungen der Gefässe. Ueberall ein Bild kollossalster Regeneration aller zelligen Elemente, jedenfalls unter dem Einflusse des durch die eisenführenden Transport-Zellen ausgelösten Reizes. Jetzt erscheint es uns klar, warum Aderlässe von zahlreichen Autoren (24—31) als heilwirkend für die Chlorose hingestellt werden, welche Empfehlung entweder rein empirisch oder auf Grund einer falschen Auffassung vom Wesen der Chlorose — als Plethora — geschah. Die Venaesection bedingt einen akuten Blutverlust, und letztere wirken als direkter Reiz auf das Knochenmark. Um diese Verhältnisse näher zu studieren, entzog ich 6 gleich alten und schweren Kaninchen die gleiche Menge Blut (150 cm.^{3} = 10‰ des Körpergewichts), und hielt dieselben durch 12 Tage bei gleicher Nahrung; 3 Kaninchen erhielten neben der Nahrung pro Tag 3 gr. Haemoglobin Poehl. Obige Tabelle giebt das Resultat dieser Untersuchungen:

Man kann sich hiebei sehr leicht überzeugen, dass die mit unserem Haemoglobin-Praeparat gefütterten Tiere ihren Blutverlust bei weitem rascher ersetzten, als die mehr oder minder eisenarm gehaltenen Kontrolltiere. Auch noch auf einen anderen Umstand möchte ich mir erlauben, bei dieser Gelegenheit hinzuweisen. Mit den übrigen zelligen Elementen des Markes erfahren auch die Eosinophylen bei regenerativen Verhältnissen in der Medulla ossium eine Vermehrung; dabei treten sie aber konstant in das Blut über, in welchem sie nach den Untersuchungen verschiedener Autoren (32—38) etwa 2 pCt. der Gesamtzahl der Leukocyten betragen. Bei Zuständen der Reizung des Knochenmarkes jedoch erscheinen sie in viel höherem prozentuellen Verhältnis, bis 14 pCt. (Engel), so dass die Zahl der Eosinophylen im kreisenden Blute ein sicherer Indikator für die Lebhaftigkeit der regenerativen Vorgänge im Knochenmarke ist. Bei allen 6 am 13. Tage zur Blutuntersuchung gelangten Tieren zeigte sich nun deutlich diese Vermehrung, jedoch mit dem Unterschiede, dass bei den Versuchstieren I, II, III Zahlen von 7 pCt., 5 pCt. u. 4 pCt. erhalten wurden, im Gegensatz zu den mit Haemoglobin «Poehl» gefütterten Thieren, bei welchen die eosinophylen Zellen 16 pCt., 12 pCt. und 14 pCt. betrugen, als untrüglicher Beweis, das unter Eisen-Medikation die Regeneration eine lebhaftere und energischere ist, als durch den infolge des akuten Blutverlustes allein auf das Mark ausgeübten Reiz.

(Schluss folgt.)

---

[24]) A. Dyes: Das Wesen, die Entstehung und Verhütung der Bleichsucht. Allg. med. Centralzeitung, 1883, pag. 301.

[25]) A. Dyes: Die Bleichsucht und der Schlagfluss. 3. Auflage, Stuttgart 1892.

[26]) Wilhelmi: Bleichsucht und Aderlass. Güstrow 1889; Ueber Bleichsucht: Centralblatt für klin. Medicin, 1889, pag. 817.

[27]) Scholz: Die Behandlung der Bleichsucht mit Aderlässen. Leipzig 1890.

[28]) Schubert: Die Blutentziehungskuren. Stuttgart 1896.

[29]) Krönig: Ueber Vanaesectionen. Berliner klin. Wochenschrift, 1896, № 42 u. 43.

[30]) Schmidt: Behandlung der Chlorose mit Aderlass. Dissertat., Kiel 1896, Münchener medic. Wochenschrift.

[31]) Albu: Ueber die Indikationen des Aderlasses. Berl. klin. Wochenschrift, 1896, pag. 952.

[32]) Engel: Ueber ein aus den Blutbildungsorg. des Schweines hergestelltes Praeparat. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1898, № 7.

[33]) Canon: Die eosinophylen Zellen und Mastzellen im Blute. ibid. 1892, 10.

[34]) Kanter: Ueber das Vorkommen eosinophyl. Zellen bei Lympfdrüsenerkrankungen. Dissertat. Breslau, 1893.

[35]) Müller u. Rieder: Ueber die Bedeutung und Vorkommen der eosinoph. Zellen im circul. Blute. Deutsch. Archiv. f. klin. Medicin, Band 48.

[36]) Zappert: Ueber das Vorkommen der eosinophylen Zellen im Blute (Literatur!). Zeitschrift für klin. Medicin, Band 23.

[37]) Idem: Ueber das Vorkommen der eosinophylen Zellen, ibidem, Band 33, H. 3 u. 4.

[38]) Lazarus u. Ehrlich: Die Anaemie. Specielle Pathol. u Therap. von Nothnagel, Band VIII.

Digitized by Google

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Otto Schwarz: Augenärztliche Winke für den praktischen Arzt. Leipzig, C. L. Vogel 1904.

Die «Winke» sind dem praktischen Arzt gegeben und sollen ihn einerseits vor Unterlassungssünden bewahren, andererseits aber auch ihm eine Handhabe bieten, grobe Fehler zu vermeiden, wenn er nolens volens als Nichtspezialist Augenkrankheiten behandeln muss. Allen modernen Anforderungen und Anschauungen Rechnung tragend, giebt Verf. in äusserst präzieser, klarer Form diagnostische, therapeutische und prognostische Winke, und jeder praktische Arzt, der das Büchelchen durchgelesen hat, wird sich sagen können, «was er von der Augenheilkunde weiss, und was er nicht weiss», ein Umstand, der nicht zu unterschätzen ist, denn wenn es viele Kollegen giebt, die aus Prinzip jede Behandlung von Augenstörungen ablehnen, giebt es auch viele solche, die ohne weiteres therapeutisch eingreifen, wo sie dieses lieber Berufenern hätten überlassen sollen.

Lezenius.

Ph. Bockenheimer und Fritz Frohse: Atlas typischer chirurgischer Operationen für Aerzte und Studierende. 5 Lieferungen. Mk. 30. (Jena. Gustav Fischer).

Der Atlas, von dem uns zunächst 2 Lieferungen vorliegen, soll durch möglichst in natürlicher Grösse gehaltene Abbildungen eine rasche Orientierung über die sog. typischen Operationen ermöglichen. Der Text bildet nur eine kurze Erläuterung zu den farbigen Abbildungen, die nach Aquarellen des Malers Franz Frohse in Berlin hergestellt sind. Die erste Lieferung (Tafel 1—12) enthält die Darstellung der Tracheotomie, der Hemicraniotomie (Doyen), der Bassinischen Operation, der Unterbindung der Arteria lingualis, so wie des ersten Aktes der Exstirpatio linguae nach v. Bergmann. Die zweite Lieferung (Tafel 13—24) veranschaulicht die weiteren Akte der Exstirpatio linguae, die Gastrostomie nach v. Bergmann, die Kehlkopfexstirpation und die Rippenresektion.

Den komplizierteren Operationen sind mehrere Tafeln gewidmet, so dass die einzelnen Akta derselben veranschaulicht werden konnten. Für jede Operation ist ferner das notwendige Instrumentarium bildlich dargestellt und im Text finden sich kurze Angaben über die Vorbereitung zur Operation, Lagerung der Kranken etc.

Die zweckentsprechende Wahl der Abbildungen, ihre schöne Ausführung in grossem Format und die klaren textlichen Erläuterungen dürften dem Werke einen dauernden Erfolg sichern.

Wold. Fick.

Protokolle des II. Aerztetages

der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25 und 26. September 1904 zu Reval.

Programm

des II. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft im Saale des Revaler Klubs.

Freitag, den 24. September, präzise 11 Uhr Vorm.

I. Sitzung von 11—2 Uhr Vormittags.

1. Eröffnung des II. Aerztetages.
2. Rechenschaftsbericht des Vorstandes.
3. Feststellung der Zeit und des Ortes des III. Aerztetages.
4. Wahl der Glieder des Vorstandes.
5. Feststellung der Höhe des Mitgliedbeitrages für den II. Aerztetag.
6. Festsetzung des Ortes der Verwaltung (§ 14 des Statuts).
7. Beratung über einige administrative Fragen.
8. Dr. Kupffer-Kuda: Kommissionsbericht: Zur Reorganisation des Sanitätswesens auf dem Lande.
9. Dr. von Nottbeck-Weissenstein: Kommissionsbericht: Projekt eines Impfreglements für Estland.
10. Dr. Thomson-Helenenhof: Zur Hebung der Volkshygiene.

II. Sitzung von 4—7 Uhr Nachmittags.

11. Diskussion und Begutachtung der beiden genannten Kommissionsberichte.

Sonnabend, den 25. September, von 8—11 Uhr Vormittags. Besuch der Krankenhäuser etc.

III. Sitzung von 11—2 Uhr Vormittags.

Krankendemonstrationen und kleinere Mitteilungen.

Von 4—7 Uhr Nachmittags.

Sitzung der Revaler Filiale des St. Petersburger Aerztlichen Vereins zur gegenseitigen Hilfeleistung.

Sonntag, den 26. September.

IV. Sitzung von 10—2 Uhr Vormittags.

1. Fortsetzung der Diskussion und Begutachtung der Kommissionsberichte.

Vorträge:

2. Dr. Hörschelmann-Rappin (Livland): Zur Frühdiagnose der Gravidität.
3. Dr. Waeber-Wallhof (Kurland): Wie soll sich der Landarzt zur Behandlung des Abortus stellen?
4. Dr. von Keyserlingk-Reval: Ueber Dammnaht.
5. Dr. von Krusenstiern-Hapsal: Hapsal und seine Kurmittel.

V. Sitzung von 4—6 Uhr Nachmittags.

1. Dr. Baron Maydell-Reval: Statistische Uebersicht der im Laufe eines Jahres in der ambulatorischen Klinik in Reval beobachteten Krankheiten der Verdauungsorgane.
2. Dr. Harms-Reval: Meckels Divertikel in klinischer Bedeutung und sich daran schliessende Komplikationen.
3. Dr. Greiffenhagen-Reval: a) Ueber Appendicitis. b) Referate über neuere Erfahrungen in der Kriegschirurgie.
4. Dr. von Wistinghausen-Reval: Erfahrungen an 56 Fällen von Eröffnung des Brustfellraums durch Messerstichverletzung.
5. Dr. Hirsch-Reval: Zur Abgrenzung des Begriffs der Neurasthenie.
6. Beratung eventueller Fragen bez. Instruktionen für die Verwaltung.
7. Verlesung des Protokolls.

Schluss des II. Aerztetages.

7 Uhr Abends: Gemeinsames Abendessen im Revaler Klub.

Freitag, den 14. September 1904, 11 Uhr Vormittags.

I. Sitzung von 11—2 Uhr Nachmittags.

1. Der Präses eröffnet den II. Aerztetag mit nachfolgender Ansprache:

Meine Herren!

Dank erfüllt uns, dass es nun nach Ablauf eines Jahres der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft vergönnt ist, wiederum ihre Mitglieder zum Aerztetage zu versammeln. Ist es doch bei den unterdessen ausgebrochenen schweren und ungewissen Zeiten besonders erfreulich, dass noch so viele von den Herren Kollegen haben erscheinen können.

Wir gedenken derer, die hinaus gerufen wurden und derer, die freiwillig in Diensten des Roten Kreuzes in den fernen Osten zogen. Unsere Wünsche begleiten sie am heutigen Tage. Aber auch diejenigen, die bislang in ihrer Heimat den

Digitized by Google

beruflichen Pflichten nachgehen, stehen in ungewisser Lage, ob auch sie nicht den anderen folgen werden, wie wir schon dieser Tage von einem unserer Mitglieder werden Abschied nehmen müssen. So unbeirrt jedoch jene dem Ruf zur Hilfe auf den Kriegsschauplatz folgten, so unbeirrt wollen wir zurückbleibenden uns den Aufgaben widmen, die unsere Zeit und unsere Heimat uns stellt.

Meine Herren! Wir haben uns nicht versammelt, um Feste zu feiern, zu ernster Arbeit sind wir gekommen, auf dass wir unser Wollen, Wissen und Können vermehren und gebrauchen zum Wohl derer, welche im Kampfe gegen die Feinde des Lebens auf unsere Hilfe hoffen.

Indem ich mir erlaube, Ihnen diese Aufgabe an's Herz zu legen, habe ich die Ehre Sie zu begrüssen und den II. Estländischen Aerztetag zu eröffnen!»

2. Der Präses erstattet folgenden Rechenschaftsbericht:

Meine Herren!

Laut Protokoll des I. Estländischen Aerztetages vom 11. und 12. Oktober 1903 fasste dieser den Beschluss, den Vorstand zu beauftragen, auf privatem Wege sich mit der Vertretung der Landesverwaltung in Relation zu setzen wegen der im Namen der Kommission zur Reorganisation des Landessanitätswesens von Herrn Dr. Kupffer an dieser Stelle vorgetragenen und von den versammelten Kollegen gutgeheissenen Vorschläge für einen Entwurf einer Ordnung der sanitären Aufsicht auf dem flachen Lande.

Nachdem ich dieserhalb mit dem Herrn Sekretär der Ritterschaftskanzelei, Baron Stackelberg, konferiert habe, stellte es sich heraus, dass unabhängig von den Bestrebungen der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft die Arbeiten zu einem Entwurf für eine Reorganisation des Landessanitätswesens bereits von der Vertretung der Ritter- und Landschaft angebahnt worden waren. Eine Auseinandersetzung der vom Estländischen Aerztetage für wünschenswerth gehaltenen Punkte erwies im Prinzip die Gleichartigkeit der Interessen und konnte daher die Expertise der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft und die Ausarbeitung etwaiger noch notwendig auftauchenden Fragen zur Unterstützung der von der Vertretung der Ritterschaft in Angriff genommenen Arbeit ohne weiteres angeboten werden.

Infolge dessen erhielt die Vertretung der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft von der indessen auf Anregung des Herrn Ritterschaftshauptmanns vom Ritterschaftlichen Ausschuss gewählten vorbereitenden Kommission die Aufforderung an einer ihrer Sitzungen im Dezember vorigen Jahres teilzunehmen.

Auf dieser Sitzung nahm ich Gelegenheit, auf mehrere Anfragen zu antworten, soweit das von der Kommission zur Reorganisation des Landessanitätswesens gesammelte Material damals vorlag, und die Notwendigkeit einer sanitären Aufsicht skizzenhaft zu motivieren.

In der Folge erhielt die Verwaltung der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft von Sr. Excellenz dem Herrn Ritterschaftshauptmann folgendes Schreiben, auf welches zu antworten eine von den Aufgaben des II. Estländischen Aerztetages sein wird:

Sr. Hochwohlgeboren
Dem Herrn Dr. v. Wistinghausen,
Präses des estländischen Aerztetages.

Ew. Hochwohlgeboren beehre ich mich einige Exemplare des Gutachtens einer vom ritterschaftlichen Ausschuss mit der Bearbeitung der Frage der Reform des Sanitätswesens auf dem flachen Lande betrauten Kommission im Anschluss zu übersenden.

Entsprechend dem Punkte I des Abschnitts IV dieses Gutachtens bin ich beauftragt worden, durch Vermittelung Ew. Hochwohlgeboren an den estländischen Aerztetag das Ersuchen zu richten

a. eine Instruktion über die Tätigkeit von landschaftlichen Sanitätsärzten auszuarbeiten,

b. ein Gutachten darüber abzugeben, ob die Anstellung von Sanitätsärzten mit einem Gehalt von 500 Rbl. jährlich (besonders in nahstädtischen Bezirken) auch ohne Anlehnung an bestehende Aerzteverbände durchführbar wäre,

c. eine Taxe über die Ausführung der freien Praxis (besonders unter dem Landvolk) zu entwerfen für Landärzte, die ausser dieser freien Praxis ein Einkommen von circa 1900 Rbl. (inkl. Wohnung, aber exkl. Anspann) als Bezirks- und Sanitätsärzte (oder von 500 Rbl. als Sanitätsärzte allein) beziehen würden,

d. desgleichen eine Taxe in Vorschlag zu bringen für die Praxis von Hebammen, die ein festes Einkommen von 150 Rbl. jährlich beziehen.

Die vorstehend angeführten Entwürfe müssten der ritterschaftlichen Vertretung etwa im Oktober dieses Jahres zugehen, damit sie bei Ausarbeitung der Vorlage an den im Januar 1905 bevorstehenden ordentlichen Landtag Verwendung finden können.

In der Ueberzeugung, dass die Vertretung des estländischen Aerztetages den vorliegenden Fragen im Interesse des Gemeinwohls eine sachkundige Förderung wird angedeihen lassen, beehre ich mich Ew. Hochwohlgeboren von Vorstehendem in Kenntniss zu setzen.

(gezeichnet): Ed. Dellingshausen,
Ritterschaftshauptmann.

Das beigefügte Gutachten der vorbereitenden Kommission wird Ihnen bei Gelegenheit der Diskussion über die Sanitätsreform ausführlichst unterbreitet werden.

2. Der erste Estländische Aerztetag fasste sodann laut Punkt 5 des Protokolls den Beschluss, Personen, welche nicht zum ärztlichen Stande gehören, das Zuhören von Vorträgen zu gestatten, wobei dem Vorstande die Entscheidung überlassen sein sollte, welche Vorträge sich dazu eignen. Nach Einreichung des in's Russische übersetzten Protokolls an die Gouvernementsregierung erhielt die Verwaltung der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft von der Medizinalabteilung der Gouvernementsregierung folgendes Schreiben, welches in der Uebersetzung lautet:

Aus Punkt 5 des Protokolles des I. Aerztetages vom 11. Oktober 1903 ist zu ersehen, dass die Versammlung es für möglich erkannt hat, auf die Sitzung des Aerztetages nicht zum ärztlichen Stande Gehörige als Gäste ohne Stimmrecht zuzulassen. In Rücksicht darauf, dass im Statut der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft kein Hinweis vorhanden ist auf die Möglichkeit der Zulassung von Gästen, ausser Aerzten, teilt die Medizinalabteilung der Estländischen Gouvernementsregierung der Verwaltung der genannten Gesellschaft mit, dass die Teilnahme solcher Gäste an den Sitzungen nicht zugelassen werden kann.

Stellvertretender Medizinalinspektor:
Dr. med. Orshepowski.
Geschäftsführer: Küssner.

Dieser Punkt des Protokolles ist mithin nicht bestätigt worden. Die Möglichkeit der Einführung von Nichtärzten ist also nur denkbar nach einer event. Veränderung der Statuten. Falls daher einer der Herrn Kollegen eine diesbezügliche Aenderung in Vorschlag zu bringen wünscht, so ersuche ich solchen unter Punkt 7 des heutigen Programms vorlegen zu wollen.

3. Laut Punkt 6 der IV. Sitzung des I. Aerztetages beschloss die Versammlung den Vorstand zu beauftragen die Frage nach der Berechtigung der Ausstellung von Zeugnissen zu klären.

Auf meine Bitte hat Herr Dr. Grohmann-Weissenstein nochmals die in Frage kommenden Gesetzesparagraphen freundlichst zusammengestellt.

Die einschlägigen Paragraphen über die Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen im Gesetz (Сводъ узаконеній и распоряженій правительства по врачебной и санитарной части въ имперія, 1896) lauten:

85. Krankheitszeugnisse besitzen die Kraft einer gerichtlich-medizinischen Akte nur dann, wenn die Besichtigung auf Verlangen der betreffenden Amtsbehörde oder Obrigkeit im Beisein einer von dieser Behörde oder Obrigkeit speziell abkommandierten Person (Deputierten) ausgeführt worden ist, und nach Bescheinigung der Identität des Kranken durch die Polizei, wenn der Arzt oder der Deputierte ihn nicht persönlich kennen.

86. Auf persönliches Ansuchen von Privatpersonen können von jedem Arzt Zeugnisse nur in folgenden Fällen ausgestellt werden: 1. über Impfung Minderjähriger und über deren Gesundheitszustand (zur Vorstellung bei ihrem Eintritt in Lehranstalten) und über den infolge gewöhnlicher Krankheiten erfolgten Tod (zwecks Erlangung der Genehmigung zur Beerdigung des Verstorbenen) und 2. über die Krankheit des durch den Arzt Behandelten, sowie auch über den Tod dessen, den er behandelt hat, mit der Erklärung, zu welchem Zweck das Zeugniss ausgestellt wird. Uebrigens erlangen die in diesem Punkt bezeichneten Zeugnisse die gesetzliche Kraft einer gerichtlich-medizinischen Akte nur in dem Fall, wenn sie von der Gouvernements-Medizinal-Verwaltung bestätigt werden, worum der Empfänger des Zeugnisses die Gouvernementsregierung ersuchen soll.

Der Stempelsteuer unterliegen resp. sind befreit laut Gesetz über die Stempelsteuer, Teil III:

Digitized by Google

24. Aerztliche Bescheinigungen, welche auf Ansuchen privater Personen von Regierungsinstitutionen und Amtspersonen oder von freipraktizierenden Aerzten ausgestellt werden:

I. 1) über den sanitären Zustand von Fabriken, Werkstätten und anderen gewerblichen und Handelsanstalten— 1 Rbl. pro Bogen.

2) über den Gesundheitszustand oder über die Krankheit der untersuchten Personen (mit Ausnahme der im Abschnitt II dieser Nr. 24 angegebenen Bescheinigungen) — 60 Kop. pro Bogen.

Von der Stempelsteuer befreit sind:

II. 1) Bescheinigungen über den Gesundheitszustand Minderjähriger, welche in Lehranstalten abgegeben werden sollen, falls die Bescheinigungen zur Vorstellung bei diesen Anstalten bestimmt sind.

2) Krankheitszeugnisse, welche, behufs Vorstellung beim Gericht, Personen ausgestellt werden, die zur Ausübung der Obliegenheiten von Geschworenen, Sachverständigen oder Zeugen vor Gericht geladen werden.

3) Bescheinigungen, welche ausgestellt werden, um in Kriminalsachen seitens der Angeschuldigten, der Angeklagten, der Geschädigten und anderer Personen vorgestellt zu werden.

4) Bescheinigungen, welche, behufs Vorstellung bei den Vorstehern von Lehranstalten, Studenten, Zöglingen und Lernenden darüber ausgestellt werden, dass sie krankheitshalber die Vorlesungen oder die Stunden nicht besuchen, sich zum Examen nicht einfinden oder vom Urlaub nicht zurückkehren können.

5) Bescheinigungen, welche von im Dienst stehenden Aerzten den Amtspersonen und anderen Angestellten ebendesselben Ressorts, behufs Vorstellung bei der vorgesetzten Obrigkeit, darüber ausgestellt werden, dass die betr. Person krankheitshalber sich nicht zum Dienst einfinden kann oder Mineralwasser oder eine Kur in einer Sanitätsstation gebrauchen muss u. s. w.

6) Polizeiärztliche Bescheinigungen über Verletzungen und Verstümmelungen, welche Arbeiter in industriellen Betrieben, Fabriken und Grubenwerken, oder das Personal von Eisenbahnen und Dampfschiffen bei Ausübung ihrer dienstlichen Obliegenheiten erlitten haben.

7) Zeugnisse über Impfung und Tod.

Anmerkung zu Nr. 185. Auf jeder ärztlichen Bescheinigung, für welche bei Ausreichung derselben die Stempelsteuer nicht bezahlt worden ist, muss, vor der Unterschrift, der Grund der Nichtbezahlung angegeben werden (und zwar einer der in diesem Abschn. II der Nr. 24 erwähnten Gründe). Ohne eine solche Angabe muss für jede ärztliche Bescheinigung, wo sie auch vorgestellt werden möge, die Stempelsteuer gemäss PP. 1 und 2 des Abschn. I dieser Nr. 24 entrichtet werden, widrigenfalls die in den Art. 164 resp. 170 des Stempelsteuergesetzes vorgesehenen Geldstrafen verhängt werden.

Eine Bescheinigung, welche mit einem Vermerk darüber versehen ist, dass sie aus irgend einem der im Abschn. II dieser Nr. 24 angegebenen Gründe nicht besteuert worden ist, muss, falls sie entgegen der im Vermerk angegebenen Bestimmung (Abschn. II, PP. 1 bis 5) irgendwo anders vorgestellt wird, bei der Vorstellung selbst besteuert werden.

Zeugnisse, die nicht entsprechend den angeführten Paragraphen ausgestellt sind, erhalten die Bestätigung der Gouvernementsregierung nicht und sind daher gerichtlich ungiltig.

In einem Punkte stimmt jedoch die Auffassung des Herrn Medizinalinspektors mit der des Herr Kollegen Grohmann nicht überein, d. h. in der Interpretation des Wortes: «in Behandlung befindet», welches sich nach Auffassung des Herrn Medizinalinspektors auch beziehen soll auf Patienten, die sich in Behandlung des betreffenden Arztes befunden haben.

Eine offizielle Mitteilung von seiten der Medizinalabteilung habe ich nicht erhalten können.

(Fortsetzung folgt).

XXII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden.

Vom 12.—15. April 1905.

Bericht von Dr. Prüssian — Wiesbaden.

(Fortsetzung.)

(cf. Nr. 23 und 24.)

Von allgemeinerem Interesse waren die «Beobachtungen am künstlich wiederbelebten menschlichen Herzen» von Hering (Prag). Es ist schon lange gelungen, herausgenommene Säugetierherzen durch künstliche Durchspülung wieder zum Schlagen zu bringen, während diesbezügliche Versuche am menschlichen Herzen nach dem Tode lange Zeit versagten. Hering gelang es das Herz eines verstorbenen 35-jährigen Mannes noch 11 Stunden nach dem Tode zu Kontraktionen zu bringen. Diese Kontraktionen währten $3^1/_2$ Stunden; im übrigen ergab sich dabei keine einzige Beobachtung, die nicht auch bereits am Tierherzen gemacht worden wäre. Herr Deneke (Hamburg), der Gelegenheit hatte, sofort nach einer Hinrichtung gleiche Versuche anzustellen bestätigte die Beobachtung Hering's und betonte dabei, dass das Herz bei Durchspülung mit originärem Blut wesentlich besser arbeitete als mit anderen künstlich hergestellten Flüssigkeiten.

Herr Hofbauer (Wien) «Ueber nervöse Tachypnoe» konnte durch graphische Darstellung der Atembewegungen feststellen, dass die Tachypnoe in einer ganzen Reihe bisher nicht genauer definierter Fälle mit organischen Erkrankungen erstens des Nervensystems, und zweitens der Geschlechtsorgane zusammenhänge.

Herr Mohr (Berlin) sprach über «Untersuchungen über die Blutzirkulation anämischer Individuen». Zirkulation und Respiration sind beim Anämischen nicht erniedrigt. Weil nun bei der Anaemie weniger Sauerstoff aufnehmendes Material im Blute vorhanden ist als unter normalen Verhältnissen, so muss die Aufnahme und Verwertung des Sauerstoffs im Blute eine intensivere sein. Dies wird erreicht durch eine stärkere prozentuale Bindung des Sauerstoffs an den roten Farbstoff des Blutes, ferner durch schnellere Blutströmung im Organismus des Anaemischen und durch grössere Abgabe von Sauerstoff im Kapillargebiet.

In der sehr lebhaften Diskussion über die beiden Referate von Ziegler und Martius «über Vererbung» wurde von den meisten Rednern hervorgehoben, dass im Gegensatz zu der lange vorwiegenden orthodox bakteriologischen Ansicht, die nur die Bazillen als die Träger und Erreger der Infektion berücksichtigte, wieder mehr Gewicht gelegt werden müsse auf die individuelle Empfänglichkeit, d. h. die Disposition zur Erkrankung. Diese ist eine angeborene. Besonders bezüglich der Tuberkulose-Infektion wurde von Herrn von Hansemann darauf hingewiesen, dass die Freund'schen Untersuchungen es ergeben haben, dass die Disposition zur Tuberkulose bedingt sei durch eine angeborene Verengerung der oberen Brustapertur, die ihrerseits wieder bedingt ist durch ein Zurückbleiben des Wachstums des ersten Rippenknorpels. Die Disposition können wir als bedingt annehmen durch einen eigentümlichen Aufbau des Eiweiss-Moleküls, der eine verminderte Widerstandskraft gegenüber schädigenden Einflüssen in sich schliesst. Diese Minderwertigkeit, durch die alle Zellen des Organismus geschädigt sind, ist vererbbar; sie wird durch die ebenfalls geschädigten Geschlechtszellen übertragen. So wird uns das Verständnis einer Vererbung der Konstitutionsanomalien wie Gicht und Fettsucht näher gebracht. Bezüglich der Tuberkulose erwähnte Herr von Schrötter (Wien), dass die von ihm auf dem Kongress für Tuberkulose in Kopenhagen angeregte Frage der Disposition demnächst durch eine grössere Enquete klargestellt würde. Mehrere ältere Praktiker bekunden besonders, dass die Erfahrungen der Praxis deutlich auf eine Erblichkeit der Disposition bezüglich der Erkrankung an Tuberkulose und Krebs hinwiesen.

Im Leben erworbene Eigenschaften, wie Verstümmelungen, sind nicht vererbbar. Auf die Kinder eines Vaters, der infolge Alkohol-Missbrauchs an chronischer Lebercirrhose erkrankt ist, geht diese Erkrankung erblich nicht über. Es wird nur die allgemeine Schädigung der Zellen des Körpers durch die Sexualzellen mit übertragen.

Herr Albrecht (Frankfurt), weist in seinem Vortrag «Neue Beiträge zur Kenntnis der roten Blutkörperchen» auf eine verseifbare fettartige Membran in der Randschicht der roten Blutkörperchen hin und demonstriert bei regem Interesse der Zuhörer dazu gehörige interessante Bilder.

Herr Friedel Pick (Prag), sprach über die «Pathogenität des Influenzabazillus». In einer grossen

Digitized by Google

Anzahl von Fällen, in denen klinisch der typische Symptomenkomplex der Influenza vorhanden ist, gelingt es nicht den Influenzabazillus nachzuweisen. Man glaubt, dass dies teilweise daher rühre, dass die Bazillen im gesunden Blut rasch aufgelöst werden. Jedenfalls kommt dem Influenzabazillus die Spezifizität nicht zu, wie sie beispielsweise der Diphtheriebazillus hat und der negative Befund im Blute schliesst die Diagnose Influenza nicht aus.

Herr Kohnstamm (Königstein) betont in seinem Vortrag «Die zentrifugale Strömung im sensiblen Nerven» dass in den sensiblen Fasern der Nerven auch zentrifugale Elemente vorhanden sind. Durch diese Strömungen, die auch auf die Ernährung der Haut Einfluss üben, liesse sich auch das «Rätsel» der Stigmatisierung erklären.

Herr Lorand (Karlsbad) berichtet in seinem Vortrag «Zur Frage über das Wesen und die Behandlung der afrikanischen Schlafkrankheit», dass dieselbe in ihrem Symptomenkomplex grosse Aehnlichkeit mit dem Myxoedem aufweise. In der Tat ergab die Behandlung eines Falles von Schlafkrankheit mit Schilddrüsen-Substanz überraschend gute Resultate.

Herr B. Laquer-Wiesbaden, welcher einen Vortrag «Sozialhygienisches aus den Vereinigten Staaten» angemeldet hatte, weist auf seine im Kongress-Tageblatt veröffentlichten Sätze hin. Sie lauten etwa: In Nordamerika hat Vortragender im Auftrage der Gräfin Bose-Stiftung der Berliner Fakultät im Herbst 1904, wie früher in der Schweiz, die Entwickelung, die Erfolge und den Stand der Temperenz-Bewegung studiert (der Bericht erschien 1905 bei J. F. Bergmann in den «Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens» Heft 34). Den Minderkonsum an alkoholischen Getränken (im Verhältnis zu dem in Deutschland wie 2:3) führt derselbe auf das Klima, die Einwirkung der Schule und des Sports, auf die besseren Trinkgewohnheiten besonders der Universitäten, den reichlichen Zucker- und Obstgenuss zurück (der um das dreifache billigere Zucker wird in dreifach höherer Menge in den U. St. genossen), vor allem aber auf die bessere energiereichere Nahrung der Lohnarbeiterklasse. Während in Deutschland pro Kopf 40 kg. Fleisch jährlich verbraucht werden, verzehrt der amerikanische Arbeiter 47 kg.; um 1/4 mehr Fette in der Nahrung und um 2/3 weniger an Kohlehydraten (Brot, Kartoffeln); das Voit-Rubner'sche Kostminimum wird in U. St. überschritten, bei uns nicht überall erreicht. Ueber diese Unterernährung täuscht der Alkoholgenuss als grosser Betrüger hinweg. Den Frühschoppen kennt man in den gebildeten Kreisen Amerikas ebenfalls nicht.

Eine im Saale als Modell aufgestellte alkoholfreie Arbeiter-Kantine, wie sie auf den Wiesbadener Bahnhöfen im Betrieb sind, weist auf die Abhilfe hin. Der Kampf gegen den Alkoholismus soll das «Gotenburger-System» auf den Arbeitsstätten einführen; die Kantinen müssen wie das bisher bei uns nur hier und da der Fall ist, gemeinnützig geführt werden; der hohe Profit an den Getränken soll wegfallen oder der Verbilligung oder Verbesserung der Speisen und der Alkoholersatzgetränke dienen, denn der gut und rationell Genährte benötigt den Alkohol während der Arbeit nicht. So berichtet die Gesellschaft für Wohlfahrtseinrichtungen in Frankfurt a./M. über den Erfolg ihrer Kantinen, welche auf bessere Ernährung der Eisenbahnangestellten hinzielen, folgendes: «Im Anfange, als die Eisenbahner noch ihre alten Gewohnheiten aus dem früheren Wirtshausleben mitbrachten, betrug der durchschnittliche Biergenuss in den ersten Monaten im ganzen pro Monat 2684 Glas Bier, in den letzten Monaten nur 1370 Glas; Selterwasser wurde in den Anfangsmonaten 13 Flaschen verkauft, Limonade 5 Flaschen, jetzt 1085 bezw. 1367 Flaschen; in einer zweiten Kantine fiel der Bierverbrauch von 807 Flaschen auf 127, der Selterwasserverkauf stieg hingegen von 127 auf 1079 im Monat». Die Lohnarbeiter als Konsumenten werden eben allmählich lernen müssen, anstatt Bier und Schnaps, Ersatzgetränke wie Kaffee, Kakao, Milch, Suppen, Fruchtsäfte während der Arbeitspausen sich zuzuführen und dadurch, sowie durch Obstgenuss auch das Durstgefühl besser zu stillen bezw. zu mindern. In den U. St. ist in 50 pCt. von 7000 Betrieben jeder Alkoholgenuss während der Arbeit verboten, die Frühstücks- und Vesperpausen sind drüben unbekannt, die Arbeitszeit ist schon dadurch eine um 10 pCt. kürzere als bei uns. Der Aufschwung der amerikanischen Industrie beruht zum Teil auf diesen Verhältnissen. Andererseits ist das frühzeitige Erschöpftsein der amerikanischen Arbeiter trotz Temperenz zahlenmässig nachzuweisen. Es herrscht eben die äusserste Ausnutzung der Kräfte. Von je 1000 Einwohnern waren

40–60 Jahre alt	in Deutschland	179
	in Amerika	170
über 60 Jahre alt	in Deutschland	78
	in Amerika	65

Vortragender richtet die Bitte an Kliniker und Aerzte, der Alkoholfrage am Krankenbette, in Kranken- und Irrenhäusern, als Kassen-, Eisenbahn- und Unfallärzte Beachtung zu schenken und die Bestrebungen des «Deutschen Vereins gegen Misbrauch geistiger Getränke» zu Berlin W. lebhaft zu unterstützen.

Herr Gürich-Parchwitz: «Die tonsilläre Radikaltherapie des Gelenkrheumatismus», sieht in einer chronisch eitrigen Mandelentzündung die universelle Grundlage des Gelenkrheumatismus. Von hier aus gelange das Virus in die Blutbahn und erzeuge die Allgemeininfektion. Als therapeutische Folgerung sei hieraus allgemein die Spaltung der vereiterten Mandelgruben und nachfolgende Entfernung des infektiösen Mandelgewebes zu ziehen.

Herr Weill-Bad Schwalbach: «Ueber künstliche Züchtung des Geschlechts» betont, dass die Ernährung bei der Erzeugung des Geschlechts eine grosse Rolle spielt. Bei überwiegender Kohlehydrate-Ernährung giebt es mehr Männchen, bei überwiegender Eiweissmast mehr Weibchen. Die beiden Generationszellen ringen um das Geschlecht. Die Stärke einer Zelle hängt ab 1. von der Masse (M), 2. von der Geschwindigkeit (v); bei der weiblichen Zelle überwiegt M, bei der männlichen v. Alles was imstande ist einen dieser Faktoren zu schwächen oder zu stärken, hat eine unmittelbare Wirkung auf die Entwicklung des Geschlechts, und zwar reagiert die weibliche Zelle mehr auf Beeinflussung der Masse, die männliche mehr auf die der Bewegungsenergie. Die Experimente wurden angestellt an Bienen, Kaninchen, Schweinen und am Rind, zum Teil durch einseitige Beeinflussung eines Geschlechts, zum Teil durch doppelseitige Beeinflussung beider Geschlechter.

Herr v. Niessen-Wiesbaden berichtet über «Die Ergebnisse seiner 12-jährigen experimentellen Studien über die Syphiliseatiologie». Der Vortragende hat in über 200 Fällen eine Reinkultur des Syphilisbazillus aus dem menschlichen Blute hergestellt. Die Uebertragung auf Tiere ergab conforme Krankheitsbilder wie beim Menschen und es gelang auch wieder die Erzeugung der Bazillen aus dem Blute der infizierten Tiere. Es giebt keine Syphilisheilung, sondern nur eine Latenz, weil die Bazillen auch aus dem Blute so genannter Geheilter zu gewinnen sind. Den Umstand, dass nicht auch andere Forscher zu denselben Resultaten gelangt sind, erklärt N. aus dem Pleomorphismus des Syphilisbazillus.

Doz. J. Müller-Würzburg zeigte eine neue Art von Faeceskrystallen bei perniciöser Anämie.

Determann-St. Blasien berichtete über einige Verbesserungen des Hirsch-Beck'schen Verfahrens zur Bestimmung der Viscosität des menschlichen Blutes und demonstrierte seine Untersuchungen durch Projektionsapparat.

Prof. Bendersky-Kiew demonstrierte eine leichte und einfache Methode der Abgrenzung der inneren Organe an Kranken.

Dr. Feinberg-Berlin hatte Tafeln und mikroskopische Präparate über die feinere Histologie und über die Aetiologie der gutartigen und bösartigen Epithelgeschwülste (Krebse) aufgestellt und besprach seine in der Richtung von Protozoen als Krankheitserregern sich bewegenden Forschungen. Die Ergebnisse stiessen nicht auf Anerkennung. Dr. Albrecht-Frankfurt a./M. wies auf die vielfachen Widersprüche in kurzen, aber eindringlichen Worten hin.

Dr. Bergell-Berlin und Dr. Bickel-Berlin: «Experimentelle Untersuchungen über die physiologische Wirkung der Radioaktivität der Mineralwässer». Die in vielen Mineralwässern enthaltene Radioaktivität übt bestimmte physiologische Wirkungen aus. Wenn das Mineralwasser die Quelle verlassen hat, schwindet die Radioaktivität in kurzer Zeit. Die physiologische Wirkung des Wassers wird dadurch verändert. Zwischen emanationsfreiem und dem gleichen emanationshaltigen Mineralwasser besteht ein deutlicher Unterschied im Einfluss auf die Magenfunktion. Die Emanation wurde durch ein Destillationsverfahren aus Radiumsalzen hergestellt und dem Mineralwasser, das seine Emanation verloren hat, zugesetzt.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der bekannte Gynäkologe Prof. Dr. Robert Olshausen, Direktor der Berliner Universitäts-Frauenklinik, vollendete in der vergangenen Woche in voller geistiger Frische und körperlicher Gesundheit sein 70. Lebensjahr. Er gehört zu den an der Berliner Universität nicht seltenen Erscheinungen, die trotz rastloser Lebensarbeit sich eine fast jugendliche Elastizität zu bewahren gewusst haben. Mehr als 40 Jahre wirkt Olshausen als Professor — anfangs in Halle und seit 1887 als Nachfolger Karl Schroeders an der berliner Universität — gleich ausgezeichnet als Forscher, Arzt und Lehrer.

— Der Professor der Physiologie der militär-medizinischen Akademie, Dr. Johann Pawlow, ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist auf weitere 25 Jahre im Dienst belassen worden.

— Am 4. Juli n. St. beging der bekannte Prof. ord. der Elektrotherapie und Nervenpathologie an der Universität Wien, Dr. Moritz Benedikt, seinen 70. Geburtstag.

— Prof. Dr. Schweninger hat um die Entlassung aus seiner Stellung als Leiter des Lichterfelder Kreiskrankenhauses nachgesucht, obgleich sein Vertrag erst im nächsten Jahre abläuft.

— Verstorben: 1) In Tambow am 1. Juni der Eisenbahnarzt Dr. Metschislaw Gabrialowitsch im 42. Lebensjahre. Als Arzt ist G. seit 1888 tätig gewesen. 2) Bei Odessa der ältere Arzt auf dem Panzerschiff «Knjas Potemkin», Dr. S. Ssmirnow, im Alter von 43 Jahren, nach 18-jähriger Tätigkeit als Marinearzt. Er hat das Schicksal mit dem Kommandeur und den meisten Offizieren dieses Schiffes geteilt, die von der meuternden Mannschaft ermordet und über Bord geworfen wurden. 3) Am 7. Juli n. St. in Wien Professor Dr. Hermann Nothnagel, einer der berühmtesten Kliniker der dortigen Universität, im 64. Lebensjahre infolge eines während des Schlafes eingetretenen Schlaganfalles. Mit Nothnagel ist einer der bedeutensten und erfolgreichsten Forscher und Kliniker dahingegangen, in welchem die leidende Menschheit einen ihrer edelsten Helfer, die Wissenschaft eine ihrer grössten Zierden verliert. Auf fast allen Gebieten der inneren Medizin hat N. Hervorragendes geleistet, namentlich sind unsere Kenntnisse von den Erkrankungen des Darmes, des Gehirns und der Nerven von ihm besonders gefördert worden. In Norddeutschland i. d. Neumark geboren, erhielt er seine medizinische Ausbildung von 1859—1863 am Friedrich-Wilhelm-Institut in Berlin, wo der berühmte Kliniker Traube und der Altmeister Virchow seine Lehrer waren. Nach Erlangung der Doktorwürde, i. J. 1863 war N. Assistent Prof. Leydens und zugleich Privatdozent in Königsberg, während des deutsch-französischen Krieges fungierte er als Dozent und Militärarzt in Breslau und folgte dann 1872 einem Rufe als ordentlicher Professor der inneren Medizin nach Freiburg. Von dort ging er 2 Jahre später als Direktor der med. Klinik nach Jena und 1882 in gleicher Eigenschaft nach Wien. Von den bedeutendsten Werken Nothnagels seien hier seine «Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten», seine zahlreichen Forschungen über die Physiologie und Pathologie des Nervensystems und seine «Arzneimittellehre» erwähnt. Seit 1894 erschien unter seiner Redaktion ein 24 Bände umfassendes «Handbuch der Pathologie und Therapie», in welchem er selbst die Krankheiten des Darmes und des Bauchfelles behandelte. Der grosse Ruf, den Prof. Nothnagel als interner Kliniker genoss, hat ihn auch öfters zur Konsultationspraxis nach Russland geführt. Auf einer dieser Konsultationsreisen hatte der Hingeschiedene, wie wir uns erinnern, das Missgeschick, auf der Warschauer Bahn in dunkler Nacht durch eine offen gebliebene Tür unbemerkt aus dem Waggon zu fallen, glücklicherweise — ohne schweren Schaden zu nehmen, so dass er noch zu der mehrere Werst entfernten Eisenbahnstation zu gehen imstande war. 4) In Altona der Nestor der deutschen Sanitätsoffiziere, Generalarzt a. D. Dr. Kammerer, plötzlich im 75. Lebensjahre. Erst im vorigen Monat beging er sein 50jähriges Amtsjubiläum, aus welchem Anlass ihm zahlreiche Ehrungen zuteil wurden.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner sind dem ärztlichen Personal u. a. nachstehende Ordenszeichnungen zuteil geworden: Der St. Wladimirorden IV. Klasse mit Schwertern — dem Divisionsarzt der 3. Inf.-Divis., Staatsrat Dr. Penczkowski;

Der St. Annenorden III. Klasse — dem Oberarzt des 3. fliegenden Artillerieparks, Dr. Hausmann und den jüngeren Aerzten der Divisionslazarette der 3. resp. 6. Ostsibirischen Schützendivision, Dr. Wolfpletzer und Baron von der Osten-Sacken;

Der St. Stanislausorden III. Klasse — dem stellv. Oberarzt des 12. Ostsib. Schützenreg., Dr. Sachs und den jüngeren Aerzten: Dr. Rinne, vom 6. Ostsib. Schützenreg., DDr. Humburg, Lossmann und Muttermilch vom 10. resp. 11. und 12. Inf.-Reg.

— Aus Riga sind neuerdings wieder folgende Aerzte einberufen worden: Dr. Paul Fahrbach — in das in Mohilew stehende Reserve-Inf. Bataill.; Dr. Karl Berg — in den in Wilna garnisonierenden 27. fliegenden Artilleriepark; Dr. Herm. Johannson — in das in Baranowitschi stehende 2. Eisenbahnbataill. und Dr. Jakob Brainin — als jüngerer Arzt in das neuformierte Reservehospital in Tscheljabinsk.

— Die Einberufung der Aerzte zum aktiven Dienst im Fernen Osten hat viele Ortschaften von ärztlicher Hülfe entblöst. Wie dem «Kurjer Poranny» geschrieben wird, sind nicht nur solche Plätze vakant, wo früher schon keine Aerzte waren, sondern auch die Vakanzen der einberufenen Feldärzte sind unbesetzt geblieben, was namentlich in Anbetracht der drohenden Choleraepidemie sehr bedenkliche Folgen nach sich ziehen kann.

— Am 21. Juni vollendeten sich 5 Monate, seit der erste Militärsanitätszug mit Kranken und verwundeten Kriegern vom Kriegsschauplatz in St. Petersburg eintraf. In diesen 5 Monaten sind hier nun nacheinander 49 solcher Züge eingetroffen, welche 12,400 Kranke und Verwundete hierher gebracht haben, deren Unterbringung in Hospitälern und Lazaretten die St. Petersburger Evakutionskommission zu besorgen hatte. Mehr als die Hälfte der Evakuierten ist bereits zur vollen Wiederherstellung in die Heimat abgefertigt worden.

— Die Moskauer Exekutivkommisson für unentgeltliche Unterbringung Verwundeter hat seit Beginn des Krieges insgesamt 18,873 Verwundete, darunter 1060 Offiziere an Heilanstalten, Institutionen, Privatpersonen etc. zur Pflege überwiesen. 11430 Mann wurden als genesen bereits entlassen.

Von Universitäten und Vereinen.

— Die Kasse der vereinigten Professsoren hat dem aus politischen Gründen vom Kurator seines Lehramts enthobenen Privatdozenten für allg. Pathologie Dr. L. Tarassewitsch in Odessa eine Unterstützung aus ihrem Versicherungskapital zukommen lassen. (Nowosti.)

— Wie wir seinerzeit mitgeteilt haben, hat der im vorigen Jahre hier verstorbene Dr. Nedats ein grösseres Kapital zur Förderung der Serumtherapie testamentarisch vermacht. Dieses Kapital im Betrage von 50,000 Rbl. ist nun der Konferenz der militär-medizinischen Akademie zu obigem Zweck übergeben worden.

— Die auf den 4. Juni angesetzte Jahresversammlung der Odessaer Abteilung der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, auf welcher Dr. P. Wassiljewski über Choleraepidemien und die gegen die Cholera zu ergreifenden Massregeln einen Vortrag halten sollte, ist nicht zustande gekommen, da die Polizei den Zutritt von Nichtmitgliedern zur Versammlung nicht gestattete, die Mitglieder der Gesellschaft aber die Oeffentlichkeit dieser Versammlung für notwendig erachteten.

— Die Saratowsche Sanitäre Gesellschaft ist, wie in der öffentlichen Gouvernements-Zeitung publiziert wird, auf Allerhöchst bestätigten Beschluss des Ministerkomités bis auf weitere Verfügung geschlossen worden.

— Der Vorstand der Pirogow-Gesellschaft Russischer Aerzte veröffentlicht in den «Russkija Wedomosti» folgende Erklärung:

Der Vorstand der Gesellschaft Russischer Aerzte zum Gedächtnis N. J. Pirogows hat die Ehre, nachstehendes zur Kenntnis aller Vereinsmitglieder zu bringen: 1) das Märzheft (Nr. 2) des vom Vorstande herausgegebenen Journals (erscheint 8 mal im Jahr), worin unter anderem alle Beschlüsse des vom 21. bis 23. März in Moskau stattgehabten Kongresses über den Kampf mit der Cholera abgedruckt

Digitized by Google

waren, ist in einer Auflage von 1200 Exemplaren auf Verfügung des Ministers des Innern auf Grund von Art. 149 des Zensur- und Press-Statuts zurückgehalten worden; 2) das nämliche Schicksal hat auch das April- und Maiheft (Nr. 3 und 4) betroffen, worin unter anderem die Arbeiten der Pirogow-Kommission über Desinfektion bei Cholera und eine Mitteilung über die Ausgabe wöchentlicher Daten betreffend die Bewegung der Choleraerkrankungen enthalten waren. Dieses Buch ist in einer Auflage von 1300 Exemplaren auf Verfügung der Oberpressverwaltung gleichfalls sistiert worden; 3) die vom Vorstande Endo Mai gedruckte zweite Ausgabe der «Arbeiten» des Kongresses über den Kampf mit der Cholera welche, ausser den vom Kongress angenommenen Beschlüssen, 28 Referate, sämmtliche Sitzungsprotokolle und in Beilagen die Begrüssungsreden an den Kongress, die Arbeiten der Kommissionen für Impfung und Desinfektion, Formulare der wöchentlichen Bulletins und ein alphabetisches Verzeichnis der 1635 Mitglieder und Teilnehmer des Kongresses enthielt, — diese Ausgabe in einer Auflage von 2400 Exemplaren ist auf Verfügung der Oberpressverwaltung gleichfalls zurückgehalten worden, diesmal ohne Angabe des betreffenden Artikels des Zensurstatuts. Indem der Vorstand vom Dargelegten Mitteilung macht, hält er es für seine Pflicht, in Kürze die Lage zu schildern, in die er durch administrative Massregelungen versetzt worden ist. Zunächst ist, obgleich der Redakteur des Journals J. W. Popow sofort nach Sistierung der zweiten Nr. des Journals nach Petersburg gefahren war, um persönlich um Beschleunigung der Angelegenheit zu petitionieren, ein Zeitraum von mehr als anderthalb Monaten verstrichen, ohne dass die Redaktion oder der Vorstand überhaupt Kenntnis von den Ursachen der über das Märzheft verfügten Massregeln, noch über das weitere Schicksal dieses Heftes erhalten hätten. Da nun infolge dessen der Herausgeber seiner Pflicht nicht nachkommen kann und die Gesellschaft dadurch materielle Verluste erleidet, so sah sich der Vorstand genötigt, am 1. Juni an den Minister des Inneren eine Eingabe zu richten und um baldige Aufhebung der über das Märzheft verhängten Sistierung, jedenfalls aber um Beschleunigung der Prüfung der Angelegenheit oder aber, falls dieselbe bereits einer anderen Instanz überwiesen, darum zu petitionieren, dass wenigstens der Vorstand davon in Kenntnis gesetzt werde, damit er und die Redaktion die entsprechenden gesetzlichen Massnahmen zur Verteidigung und Wiederherstellung ihrer Rechte und zur Wahrung der materiellen und moralischen Rechte der Gesellschaft und ihrer Mitglieder ergreifen könnten. In Beantwortung dieser Eingabe hat die Oberpressverwaltung den Vorstand durch Schreiben vom 9. Juni benachrichtigt, dass das Märzheft wegen Verbrechens gegen Punkt 1 Art. 132 des Strafgesetzbuches sistiert und dem Prokureur des Moskauer Gerichtshofes zur Einleitung des Kriminalverfahrens gegen den Redakteur des genannten Journales, den Arzt Popow, unter Anwendung des Art. 309 des Strafgesetzbuches überwiesen worden sei. Somit wird das Schicksal des Märzheftes erst durch die Gerichtsinstanz entschieden werden, was gleichfalls nicht wenig Zeit erfordern dürfte. Was nun die kürzlich zurückgehaltene Nr. 3 und 4 der «Arbeiten» des Kongresses anlangt, so muss wohl nach Analogie des Märzheftes angenommen werden, dass auch ihr Schicksal noch lange in der Luft schweben wird. Inzwischen hat das Vorgehen der Zensur gegen die Hefte des Journals und die «Arbeiten» des Kongresses, indem es den Vorstand der Möglichkeit beraubt, die Gesellschaft rechtzeitig mit der Tätigkeit ihres ausführenden Organes und seiner Kommissionen, sowie mit den wissenschaftlich-praktischen Resultaten der «Arbeiten» des Kongresses betreffend den Kampf mit der Cholera genau bekannt zu machen, auch die weitere Ausgabe des Journals und die Veröffentlichung irgend welcher Berichte über den Cholerakongress in Frage gestellt, da solches mit bedeutenden Ausgaben für unsere ohnehin nichts weniger als reiche Gesellschaft verbunden ist. In Anbetracht des Dargelegten hält es der Vorstand für notwendig, zur Kenntnis aller Mitglieder und des Kongresses zu bringen, dass er nach allen Versuchen, seiner Pflicht rechtzeitig und gewissenhaft nachzukommen, dennoch aus von ihm unabhängigen Gründen in die Lage eines insolventen Schuldners geraten ist. Bezüglich des nächsten Heftes, welches im September fällig wäre, muss der Vorstand schon jetzt erklären, dass, wenn sich bis dahin die allgemeinen Bedingungen des russischen Lebens nicht ändern sollten, der Vorstand genötigt sein wird, zu erklären, dass das Journal, welches seine Richtung unter keinen Umständen ändern kann, sein Erscheinen einstellt.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Frage der Schutzimpfungen gegen die Cholera ist neuerdings wieder auf eine Anfrage des Feld-Militär-Medizinalinspektors in dem militär-medizinischen gelehrten Komitee beraten worden. Auf Grund eines von vier Mitgliedern des Komitees (Akademiker Prof. emer. D. L. Popow, Privat-Dozent Dr. J. Raptschewski, Dr. L. Bertenson und Dr. M. Scherschewski) abgegeben. Gutachtens hat sich der Militär-Medizinalkonseil dahin ausgesprochen, dass die Frage der Schutzimpfungen gegen die Cholera gegenwärtig wissenschaftlich noch nicht so weit geklärt sei, dass die Anwendung dieser Schutzimpfungen in der aktiven Armee empfohlen werden kann.

— Die Moskauer Entbindungsanstalten sind, wie von dort berichtet wird, derartig überfüllt, dass die Aufnahmen von Wöchnerinnen in vielen einstweilen eingestellt werden musste.

In einem städtischen Gebärasyl ist es infolgedessen dieser Tage zu Ausschreitungen gekommen, durch welche die Aufnahme einer zurückgewiesenen Schwangeren mit Gewalt durchgesetzt wurde. Ein Arbeiter, dessen Frau zweimal zurückgewiesen war, drang mit ca. 20 Genossen in das Asyl, dessen Tür sie, da ihnen nicht geöffnet wurde, zertrümmert hatten, und verlangte unter Lärm und Drohungen, dass seine Frau aufgenommen werde. Um Schlimmeres zu verhüten, nahm man nun die Schwangere auf und bereitete ihr ein Lager auf der Diele.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. Juni d. J. 9211 (1 wen. als in d. Vorw.), darunter 651 Typhus — (51 wen.). 785 Syphilis — (2 wen.), 268 Scharlach — (18 mehr), 92 Diphtherie — (5 wen.), 68 Masern — (0 wen.) und 36 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. bis zum 18. Juni 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
524	380	904	257	140	164	15	7	34	63	61	53	32	43	20	9	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 34, Scharlach 9, Diphtherie 12, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 2, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 70, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 22, Tuberkulose der Lungen 69, Tuberkulose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 64, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungskanals 161, Totgeborene 28.

Digitized by Google

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria mit ihren Folgezuständen, Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—4.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

Dr. Schuster,

praktischer Arzt und Inhaber eines Kurhauses.

(Indiv. kurgem. Diät.)

BAD NAUHEIM.

Dr. med. Lots Kuranstalt

f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. Fl.

Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.

Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. Illustrierte Prospekte.

Friedrichroda i. Thür.

Lebensposition!

Für Arzt, der heiraten will!

Mein Freund,

ein weltberühmter Spezialist

in Deutschland, Besitzer einer Anstalt, (*Goldgrube!*) ist nicht abgeneigt zu seiner Entlastung und ev. wegen weiteren Unternehmens sich mit

jüngerem, soliden Arzt,

anständigen, ruhigen Charakters, welcher sich ungefähr gleichmässig beteiligen kann, zu assoziieren, dem dadurch hohes Einkommen und Lebensposition geboten wird. Offerten und **J. D. 6422 beförd. Rudolf Mosse Berlin SW.**

Salit (Salicylsäurebornylester). Wirkt als **äusserliches** Mittel besonders günstig bei allen nach Erkältung auftretenden **rheumatischen** und **neuralgischen Schmerzen**, bei **Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus** und **Ischias**. Von einer Mischung aus gleichen Teilen Salit und Olivenöl in der Regel täglich 2 mal ½ bis 1 Kaffeelöffel voll in die Haut der erkrankten Körperteile einzureiben. — Salit ist ausserordentlich billig.

Collargol. Bei **septischen Erkrankungen** (Septikämie, Puerperalprozessen — auch prophylaktisch bei Geburten —, Endokarditis, Milzbrand etc.) als Lösung zur **intravenösen** und **rektalen** Anwendung, als **„Unguentum Credé"** zum Einreiben. — Zur **Wundbehandlung** in Form von Tabletten etc. (19) 11—7.

Itrol. Silberpräparat für Augen- und Geschlechtskrankheiten, besonders **Gonorrhöe.**

Acoin. Billiges **Lokal-Anästhetikum** von intensiverer und längerer Wirkung als Kokain.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Anthrasol (Knoll)

Entfärbter Teer.

Besonders juckstillend und keratoplastisch. Anwendung wie gewöhnlicher Teer.

Styptol (Knoll)

Uterines Haemostaticum.

Vereinigt die blutstillende Wirkung des Cotarnins und der Phtalsäure.

Literatur und Proben kostenlos!

KNOLL & Co. • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Dr. Emmerich's Heilanstalt

für Nerven-, Morphium-, Alkohol- etc. Kranke

Gegründet 1890 **B.-Baden** *Gegründet 1890*

Mildeste Form der Morphium-Entziehung ohne Zwang und Qualen unter sofortigem Wegfall der Spritze in 4—6 Wochen. Prospekte kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen.)

Bes. u. dirig. Arzt Dr. Arthur Meyer. **2 Aerzte.**

Im Deutschen Alexander-Hospital **wird** Nachweis erteilt über zur Zeit **dienstfreie Pfleger** und **Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung** von 50 Kop.)

BERLINER DOCENTENVEREIN FÜR ÆRZTLICHE FERIENKURSE.

Der nächste Cyklus des Berliner Docentenvereins für ärztliche Ferienkurse beginnt am **2. Oktober 1905** und dauert bis zum **28. Oktober 1905.**

Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und Auskunft erteilt Herr **Melzer** (Berlin), Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

(82) 2—2. Prof. Dr. **J. Hirschberg**, Geh. Med.-Rat, Vorsitzender.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.

Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.

Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Digitized by Google

Thiocol „Roche"

besten Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche"

à 0,5 gr bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche"

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Protylin „Roche"

unbegrenzt haltbares, vollkommen ungiftiges Phosphoreiweiss mit 2,6 % Phosphor.

Vorteile: Protylin übertrifft alle übrigen organischen und anorganischen Phosphorverbindungen durch seine ausgezeichnete Wirkung, seinen Gehalt an leicht resorbierbarem Phosphor und seine völlige Unschädlichkeit für den Darmtrakt.

Indikationen: **Rachitis, Skrophulose, Caries, Neurosen, Hysterie, Anaemie, Cachexie und Basedow'sche Krankheit.**

Verordnung: Als Pulver in Dosen von 1—2 Kaffeelöffel täglich oder als Tabletten à 0,25 in Dosen von 3 Mal täglich 5 Tabletten.

Protylinum ferratum (Eisengehalt 2,3%), besonders angezeigt bei **Chlorosen und Anaemie.**

Protylinum bromatum (Bromgehalt 4% organisch gebunden), besonders indiziert bei **Neurosen.**

Wir ersuchen stets Originalpackungen von 25, 50, 100, 250 gr. oder Cartons à 100 Tabulae à 0,25 gr. zu verordnen.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-La Roche & Co. Fabrik chem.-pharm. Produkte

Basel (Schweiz). *Grenzach* (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Airol „Roche"

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche"

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche"

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche".

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Sulfosot-syrup „Roche"

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Arsylin „Roche"

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Kgl. BAD KISSINGEN. (48) 10—8.

Bäder vom 15. April bis 1. November.

Weltberühmte eisenhaltige Kochsalzquellen (Rakoczy, Pandur, Maxbrunnen, Bockleter, Stahlwasser (phosphorarsenhaltig), Sole mit reichstem Kohlensäuregehalt für Trink- und Badekuren. Hervorragende Heilerfolge bei Magen-Darmerkrankungen; Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane (Asthma, Emphysem), Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit, Bleichsucht, Frauenkrankheiten.

Versand sämtlicher Mineralwässer durch die Verwaltung der Königl. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet. Aufschlüsse über alle Anfragen unentgeltlich vom **Kurverein Bad Kissingen.**

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle). Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankeiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.

Aerzte: Dr. C. Dapper (Besitzer). — Dr. F. Dengler. (60) 14—7.

Digitized by Google

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Pankreon

D. R. P. 128419.

Gegen die Magenverdauung widerstandsfähiges Pankreatin.

Natürliches Digestivum und Stomachicum, ohne schädliche Nebenwirkung auch bei dauerndem Gebrauch.

Rp. Pankreon in tabul. 0.25 (Originalpackung Rhenania) dent. tal. dos. 25. 50. 100. 200.

S. Täglich 4–12 Tabletten während des Essens zu nehmen. Für Kinder die Hälfte.

Indikation: Alle dyspept. Erkrankungen, Spezificum bei Steatorrhce, chron. und nervöser Diarrhoe, Hyperemesis, Appetitlosigkeit, Druckbeschwerden. **Für Säuglinge:** Rp. Pankreon. saccharat. in tabul. 0.25 (Pankreonzucker Rhenania) dent. tal dos. 100. — S. 2–8 Tabletten zu jeder Trinkportion. Indikation: Ernährungsstörungen jeglicher Art, speziell Durchfall, sowie zur Kräftigung und Hebung des Körpergewichts.

(34) 7–7. **Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.**

Durch die Apotheken zu beziehen. Ausführliche Literatur auf Wunsch zur Verfügung.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschland's u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (64) 10–5.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(61) 17–5.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.

Довв. ценз. Спб., 1 Іюля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

505

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 27 St. Petersburg, den 9. (22.) Juli. 1905.

Inhalt: Dr. med. J. Vierhuff: Zur Aetiologie der Psoasabszesse. — Dr. Erich Matzner: Experimentelle und klinische Untersuchungen über Haemoglobin «Poehl». — Bücheranzeigen und Besprechungen: E. Moritz: Ueber Lebensprognose. — Protokolle des II. Aerztetages der Estländischen Aerzlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval. — XXII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden. — Zuschrift an die Redaktion. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Der XVII. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte findet vom 10.—12. Aug. a. c. in Arensburg statt.

Kollegen, welche Vorträge zu halten wünschen, werden gebeten, dieselben spätestens bis zum 20. Juli c. beim Unterzeichneten anzumelden und die Manuskripte in druckfertigem Zustande zum Aerztetage mitzubringen.

Dr. C. Ströhmberg,
d. Z. Vizepräses der Gesellsch. livl. Aerzte.

Zur Aetiologie der Psoasabszesse.

(Vortrag, gehalten am 14. Februar 1905 im Verein der Aerzte des Illuxtschen Kreises und Umgebung.)

Von

Dr. med. J. Vierhuff — Dünaburg.

M. H.! Wenn wir von Psoasabszessen hören, so verknüpft sich damit sofort der Gedanke an Wirbelcaries, die ja in der Aetiologie dieses Leidens die dominierende Rolle spielt. Die Fälle von primärer Eiterung im Psoas, wie z. B. der von Weinlechner beobachtete Fall, in welchem es nach exzessiv zahlreicher Ausübung des Coitus zur Bildung eines Psoasabszesses kam, sind so selten und so zweifelhaft, dass sie kaum in Betracht kommen.

Ich bin nun in der Lage, Ihnen über einen Fall zu referieren, der sich durch eine ganz ungewöhnliche Aetiologie auszeichnet und auch in bezug auf Diagnose und Verlauf einer Besprechung wert ist.

Am 4. Januar a. c. wurde ich zu einem 4½-jährigen Knaben konsultiert, der seit ca. 3 Wochen mit unregelmässig remittierendem und intermittierendem Fieber (bis 39,9) krank lag. Die Anamnese ergab folgendes: Am 16. November a. p. soll der Knabe ein Stückchen Holz von einem Tannenzweig und eine Nähnadel verschluckt haben, wobei ärztlicherseits etwas Blut im Rachen konstatiert worden ist; am 3. Tage darauf Temperatursteigerung und Schmerz in der Ileocoecalgegend, 3 Tage Verstopfung, später keine Verstopfung mehr, aber immer etwas Schmerz.

Am 8. Tage ging das Holzstückchen ab. Am 22. Dezember fiel der Knabe recht heftig auf die rechte Seite; tags darauf fing er an zu hinken und über mehr Schmerzen zu klagen, die Fieberbewegungen, die in den letzten Tagen vor dem Fall auch schon da waren, nahmen jetzt noch zu, und seit dem 31. Dezember verging selten ein Tag, wo die Temperatur abends nicht 39,1 bis 39,5 erreichte. Verstopfung bestand jetzt nicht.

Der Befund am 4. Januar war folgender:

Blasser Knabe von lymphatischer Diathese, Herz und Lungen gesund, im Urin kein Alb. Rechter Oberschenkel wird in mässiger Flexion gehalten, beim Versuch das Bein zu strecken geht das Becken mit, alle anderen Bewegungen im Hüftgelenk sind frei, bei Druck auf den Trochanter kein Schmerz, dagegen klagt der kleine Patient über Schmerzen im Knie. Im Abdomen mässige Tympanie, Milz- und Lebervergrösserung nicht nachweisbar; in der Ileocoecalgegend deutliches Gurren, und deutliche Resistenz, geringe Schmerzhaftigkeit bei Druck. Rectalexploration negativ, an den Rücken- und Lendenwirbeln nichts nachweisbar. Stuhlgang erfolgt täglich spontan, Appetit ist gut.

Wie sie sehen, handelt es sich um die Differenzialdiagnose zwischen Coxitis, Psoasabszess und Appendicitis: die erstere war leicht auszuschliessen; für einen Psoasabszess waren zu wenig Anhaltspunkte vorhanden, obgleich ja das Fehlen peritonitischer Erscheinungen, der ausstrahlende Schmerz und die Stellung des Beines dafür sprachen, doch kommt die Fluxionsstellung ja auch bei appendicitischem Abszess vor; ebenso waren auch die auf eine Appendicitis hinweisenden Symptome zu wenig prägnant. Es wurden Spirituskompressen auf das Abdomen verordnet und beschlossen, noch abzuwarten.

Als nun aber nach einigen Tagen die Abendtemperatur 39,8 betrug (der Kleine fieberte jetzt schon 3 Wochen) und Resistenz und Schmerzhaftigkeit in der Ileocoecalgegend deutlich zu werden schienen, liess sich ein weiteres tatenloses Zuschauen nicht mehr rechtfertigen und wurde ein operativer Eingriff beschlossen, wobei ich, fussend auf den Befund, die Temperaturen und die Anamnese, eine vom Proc. vermiformis ausgehende abgekapselte Eiterung annehmen zu müssen glaubte.

Mit etwas gemischten Gefühlen wegen der Unklarheit des Falles schritt ich am 9. Januar zur Operation:

Digitized by Google

Chloroformnarkose, Schrägschnitt bis zum Rektusrande. Das praeperitoneale Fettgewebe ist etwas succulent, das Peritoneum hyperaemisch, ebenso das Netz, welches bei Seite geschoben wird, das vorliegende Colon ascendens wird vorgezogen, es erscheint der nicht verwachsene Proc. vermiformis, der auffallend lang (ca. 8 ctm). und etwas verdickt ist; er wird lege artis entfernt, nachdem eine vorsichtige Abtastung der Bauchhöhle mit dem marlyumwickelten Finger nichts Wesentliches ergeben hat. Der abgetragene Proc. vermif. wird aufgeschnitten, er enthält braunrotes missfarbiges Sekret, die Mucosa ist gelockert und geschwellt. Das Coecum wird mit Netz bedeckt, Naht des Peritoneums (Katgut), im unteren Wundwinkel wird eine kleine Lücke für einen Marlystreifen sicherheitshalber freigelassen; tiefgreifende die Fascie mitfassende Haut-Muskel-Naht. Das Bein lässt sich vollständig strecken. Abends Temp. 36,4. Am nächsten Tage bis 6 Uhr abends Temp. nicht über 37,0, allgemeine Zufriedenheit. Aber um 8 Uhr abends zeigte das Thermometer 38,0 und am nächsten Abend 39,1. Beim Verbandwechsel (am 3. Tage) wurde der Tampon etwas vorgezogen, wobei sich schleimige Flüssigkeit entleerte, und die dem Tampon zunächstliegende Naht entfernt, deren Umgebung einwenig gerötet war; ohne Erfolg; am nächsten Tage betrug die Nachmittagstemperatur 39,7. In der Annahme, dass es sich um Nahteiterung handeln könnte, wurden nun sämtliche Nähte entfernt, der Tampon gewechselt, die Wunde stumpf erweitert, — alles umsonst! — das Fieber wollte nicht weichen und hatte wieder denselben Charakter, den es vor der Operation gehabt hatte, morgens um 38,0, mittags 37,1 bis 37,5, abends 39,0 bis 40,0. Das Bein war wieder stark angezogen, die Leistenbeuge bei Druck sehr schmerzhaft, das Abdomen etwas aufgetrieben, der Stuhl träge, so dass oft Klysmen angewandt werden mussten. Dabei sah die Wunde immer gut aus, heilte rasch, in ihrer Umgebung keine Druckempfindlichkeit.

Es wurden nun wieder die verschiedensten Möglichkeiten erwogen, an Knochencaries der inneren Beckenpartien, Tuberkulose u. a. m. gedacht. Da, nach etwa $2^1/_2$ Wochen, stellten sich Dämpfung und gesteigerte Druckempfindlichkeit zwischen dem Poupart'schen Bande und der Operationsnarbe ein, und das Bein wurde immer mehr flektiert. Jetzt wurde es von Tag zu Tag wahrscheinlicher, dass wir es mit einem Psoasabszess zu tun hatten, der sich einen Ausweg in der Leistenbeuge suchte.

Am 1. Februar 2. Operation in Narkose: 8 ctm. langer Schnitt etwa 1 Fingerbreit oberhalb des Poupart'schen Bandes, von der Mitte desselben beginnend nach aussen oben; nach Unterbindung von Art. und Vena epigastrica superficialis, Durchschneidung der Aponeurose des Obliquus externus und der Muskulatur des Obliquus internus und des Transversus, wölbt sich die schwartige verdickte Fascie transversa vor, und aus einem kleinen Einschnitt quillt rahmiger, geruchloser Eiter hervor, der nach Erweiterung der Oeffnung förmlich hervorstürzt. Nachdem sich etwa $1^1/_2$ Bierglas Eiter entleert hatte, wird die Höhle mit Gaze-Streifen ausgetupft und dann eine Rekognoszierung mit dem Finger vorgenommen, welcher in der Tiefe auf dem Psoas einen kleinen harten Gegenstand tastet, der mit der Kornzange vorsichtig gefasst wird und, zu Tage gefördert, sich zum allgemeinen Gaudium als eine Nähnadel von 3 ctm. Länge präsentiert. (Wird demonstriert).

Breite Tamponade der Wundhöhle, Verband; abends Temperatur 38,0, am nächsten Tage noch 38,7, Verband stark durchtränkt, wird am 3. Tage gewechselt, wobei sich noch reichlich Eiter entleert; darauf sinkt die Temp. zur Norm und steigt nicht mehr an. Dauernd gutes Befinden, das Bein kann wieder vollkommen gestreckt werden.

Der Fall wäre also so aufzufassen:

Die am 16. November verschluckte Nadel war in den Proc. vermiformis gelangt und verursachte vom 3. Tage an Erscheinungen einer leichten Appendicitis. Bei dem Fall auf die rechte Seite am 22. Dezember perforierte die Nadel in die freie Bauchhöhle und blieb im Psoas stecken, wo es dann zu Entzündung und Abszessbildung kam.

Experimentelle und klinische Untersuchungen über Haemoglobin «Poehl».

Von

Dr. Erich Matzner.

(Fortsetzung.)

III. Elimination des Eisens.

Durch die Untersuchungen Koberts (39—47) und seiner Schüler (48—64), insbesondere aus den Arbeiten seiner so fruchtbringenden Lehrtätigkeit in Dorpat, ferner durch die Veröffentlichungen Cahns[65]), Gorodeckis[66])

---

[39]) Kobert: Ueber den jetzigen Stand der Eisenfrage. Petersburger medic. Wochenschrift, 1891, № 9.

[40]) Kobert: Ueber resorbierbare Eisenpraeparate. Ibidem 1891, № 49.

[41]) Kobert: Zur Pharmakologie des Eisens und Mangans. Archiv f. experimentelle Pathologie, Band XVI., 1883, S. 337.

[42]) Kobert: Ueber das Eisen in diätetischer Hinsicht. Deutsche medic. Wochenschrift, 1894, № 28, 29.

[43]) Kobert: Einiges über die Funktionen des Dickdarmes. Ibidem, 1894, № 47.

[44]) Kobert: Haemol und Haemogallol. Encyklopaedische Jahrbücher IV.

[45]) Kobert: Ueber ein neues Parhaemoglobin. Sitzungsbericht d. Dorpater Naturforschergesellschaft, 1891.

[46]) Kobert: Lehrbuch der Pharmakotherapie. Stuttgart, 1896, Abt. I.

[47]) Kobert: Ueber Haemoglobin-Derivate. Deutsche med. Wochenschrift, 1895, № 1 u. 2.

[48]) Damaskin: Zur Bestimmung des Eisengehaltes des Menschenharnes. Arbeiten aus dem pharmakol. Institut in Dorpat, Band. VII., 1891, p. 40.

[49]) Kumberg: Ueber die Aufnahme und Ausscheidung des Eisens aus dem Organismus. Ibidem, VII., 1891, pag. 67.

[50]) Busch: Ueber die Resorbierbarkeit einiger org. Eisenverbindungen. Ibidim, VII. 1891. pag. 85.

[51]) Stender: Mikroskop. Unters. üb. d. Verteilung des in grossen Dosen eingespritzten Eisens im Organismus. Ibid., VII, 1891, pag. 100.

[52]) Kobert: Schlussbetrachtung zu den vorstehenden vier Arbeiten. Ibidem VII., 1891, pag. 123.

[53]) Anselm: Ueber die Eisenausscheidung durch die Galle. Ibidem VIII., 1892, pag. 51.

[54]) Samijloff: Beiträge zur Kenntnis des Verhaltens des Eisens im tier. Organismus. Ibid., IX, 1893, pag. 1.

[55]) Lipski: Ueber die Ablagerung und Ausscheidung des Eisens. Ibid., IX, 1893, pag. 62.

[56]) Sacher: Zur Kenntnis der Wirkung der Zinksalze. Ibid., IX, 1893, pag. 88.

[57]) Grahe: Ueber die Einwirkung des Zinkes auf das Blut. Ibid. IX., 1893, pag. 155.

[58]) Medalje: Ueber den Einfluss org. Eisenverb. auf die Aussch. d. Gallenfarbstoffes. Dissertation. Dorpat 1894.

[59]) Georgenburger: Zur Kenntnis des Blutfarbestoffes u. seiner Derivate. Dissertation. Dorpat, 1894.

[60]) Schmül: Ueber das Schicksal des Eisens im tier. Organismus. Dissertat. Dorpat, 1891.

[61]) Okunieff: (Abhandlung mir nicht zur Verfügung). Therap. Wochenschrift, 1895, pag. 19.

[62]) Klemptner: Zur Wirkung des Kupfers auf den tierischen Organismus. Inaug.-Dissertat. Jurjew, 1894.

[63]) Krupetzky: Medicyna 1895 № 16 u. St. Petersburger medic. Wochenschrift, 1895, № 24.

[64]) Rosendahl: Läkareförenings Förhandlingar. Upsala, 1895, XXX., № 5 u. 6.

[65]) Cahn: Ueber die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse des Mangans. Archiv f. experim. Patholog. u. Pharmakol., Band 18, 1894, pag. 146.

[66]) Gorodecki: Ueber den Einfluss des experim. in d. Körper eingef. Haemoglobins auf Sekretion und Zusammensetzung der Galle. Ibid. Band 17, pag. 104.

Digitized by Google

und Gottliebs[67]) wissen wir, dass der Mensch selbst beim Hungern pro Tag durch den Harn durchschnittlich 1 mgr. Fe und durch den Darm mindestens 7 mgr. Fe ausscheidet, wovon je 1 mgr. auf Galle und Dünndarm, die restlichen 5 mgr. auf den Dickdarm kommen. Die Menge des durch den Harn in Form festgebundenen Harneisens ausgeschiedenen Fe wurde von Kobert beim normalen Menschen auf 0,0014, von Damaskin auf 0,0009 bestimmt, während Tischer und Beddies Zahlen von fast konstant 0,001 erhielten; bei zahlreichen Versuchen konnte ich bei 14 Menschen, die unter vollkommen gleichen Ernährungsverhältnissen gehalten wurden, zwischen 0,0008—0,0012 schwankende Harneisenausscheidungswerte finden. Für den Wert eines Fe-Praeparates, insbesondere für die Beurteilung der Frage, ob dasselbe auch tatsächlich vom Organismus ausgenützt wird, sind vor allem nachstehende Untersuchungsergebnisse massgebend:

1) Das normal mit der Nahrung in den Organismus eingeführte Fe wird zu ca. 10 pCt. durch den Harn, in Form organ. fest gebundenen, durch die gewöhnlichen Eisenreagentien nicht nachweisbaren Harneisens, und zu 90 pCt. mit dem Kote ausgeschieden; dieses Harneisen beträgt beim normalen Menschen pro Tag ca. 0,001, lässt sich aber auch beim Hungern unter Verminderung bis auf 0,0004 nachweisen, und kann bei eisenreicher Nahrung eine Vermehrung um 100—200 pCt. (ja sogar auf 250 pCt. von mir nachgewiesen) erfahren.

2) Bei subkutaner Applikation von Ferr. oxyd. sacch. sol., Ferr. citric. oxyd., Ferr. carb. sacch. steigt die Ausscheidung des Fe im Harn bis auf 0.040, jedoch nicht als fest gebundenes Harneisen, sondern als leicht mit Ferrocyankali-Salzsäure, oder $(NH_4)_2S$ nachweisbares Fe, wodurch der Schluss erlaubt ist, dass dieses subkutan injicierte Eisen gar nicht in Harneisen übergeht, und damit auch nicht zur Bildung von Haemoglobin verwendet wird, sondern dass der Organismus Mühe hat, dieses Fe binnen kurzer Zeit (weniger Minuten) wieder aus dem Säfte-Strom und den parenchymatösen Organen wegzuschaffen.

3) Diese Eisenpraeparate innerlich in nicht zu grossen Dosen einverleibt, bewirken auch keine Steigerung des Harneisens, indem die ausgeschiedenen Fe-Mengen bei knapper Diät, keinen höheren Prozentsatz erreichten, sondern sich auf folgenden Zahlen hielten: 0,644, 0,596, 0,599, 0,505, 0,420, 0,413, 0,381 mgr. Eisen.

Gehen wir nun zu den Resultaten meiner Untersuchungen über die Eisenausscheidung bei Fütterung mit Haemoglobin «Poehl» über.

I. Vermehrung des Harneisens.

Die beiden Personen, ein Mann mit 32 Jahren und ein Mädchen mit 28 Jahren, beide vollkommen gesund, welche sich den diesbezüglichen Versuchen mit Haemoglobin «Poehl» unterwarfen, wurden vollkommen regelmässig, nach vorheriger ausgiebiger Reinigung des Darmes, mit 100 gr. Eiweiss, 280 gr. Kohlenhydraten, und 90 gr. Fett, entsprechend 2400 Kalorien ernährt, und zwar in Form von Magerfleisch, Ei, Milch, Weissbrod, Reis und Kartoffel; es wurde auf völlige Gleichheit der äusseren Bedingungen geachtet. Nach so eingeleiteter viertägiger Vorversuchsperiode wurde mit einer täglichen Darreichung von 1—50 gr. Haemogl. begonnen.

Aus nachstehender Tabelle ist zu ersehen, dass das mit Haemoglobin «Poehl» beim gesunden Menschen zugeführte Eisen erst 1—3 Tage nach Darreichung eine Steigerung des Harneisens bewirkt, etwa am 6. Tage sein Maximum erreicht, und trotz weiterer Eisenzufuhr keine Steigerung mehr erfährt, um nach Aussetzen der Fe-Medikation nicht sofort zu fallen, sondern erst 3—4 Tage nach deren Sistirung mit seiner Abnahme zu beginnen;

Name.	Tag.	Menge des pro Tag ausgesch. Harneisens in gramm.	Name.	Tag.	Menge des pro Tag ausgesch. Harneisens in gramm.
Josef M., 32 Jahre.	1	0.00092	Bertha L., 28 Jahre.	1	0.0010
	2	0.00086		2	0.0010
	3	0.00093		3	0.0009
	4	0.00092		4	0.0010
	Beginn der Darreichung v. Haemoglobin.				
	5	0.00094		5	0.0012
	6	0.00095		6	0.0015
	7	0.00098		7	0.0018
	8	0.0016		8	0.0023
	9	0.0020		9	0.0022
	10	0.0024		10	0.0024
	11	0.0022		11	0.0023
	12	0.0024		12	0.0022
	13	0.0024		13	0.0023
	14	0.0024		14	0.0023
	Aussetzen mit Haemogl.-Darreichung.				
	15	0.0024		15	0.0024
	16	0.0024		16	0.0022
	17	0.0016		17	0.002
	18	0.0012		18	0.0015
	20	0.00095		20	0.0012

es stimmt dieses erst seitdem erkannte Verhalten überein mit den Worten Koberts: «es ist eine den Aerzten viel zu wenig bekannte Thatsache, dass der Organismus das für ihn wertlos werdende Eisen nicht sofort durch Harn und Kot ausscheidet, sondern dass ihm die definitive Losstossung des wertlos gewordenen Eisens sehr schwer fällt». Einen Beweis aber erhalten wir durch dieses Verhalten, dass nämlich das Fe des Haemoglobin «Poehl» nicht nach Art anorganischer Eisenverbindungen rasch aus dem Organismus eliminiert wird, sondern dass es im Säftestrom kreist, und tiefgehende chemische Zersetzungen in demselben erfährt.

Da es mir durch andere Versuche bekannt war, dass bei anaemischen und chlorotischen Zuständen die Steigerung der Harneisenausscheidung viel langsamer, als beim gesunden Individuum vor sich geht, so wurde in den nun folgenden 3 Fällen nicht täglich, sondern nur von Woche zu Woche einmal der Harneisenausscheidungscoëfficient bestimmt. Was lehren nun die Zahlen der nachstehenden Tabelle? Wird Haemoglobin «Poehl» im Gegensatz zu den vorherigen Untersuchungen nicht gesunden, sondern anaemischen oder chlorotischen Individuen gegeben, so wird das zugeführte Eisen weder sofort,

[67]) Gottlieb: Beiträge zur Kenntnis der Eisenausscheidung durch den Harn. Ibidem, Band 16, pag. 1.

Digitized by Google

Anna E., 19 J.				Rosa H., 21 J.				Mathilde B.			
Chlorosis.				Chlorosis.				Anaemie.			
Woche.	Hbgl.	Erythrocyt.	Harneisen.	Woche.	Hbgl.	Erythrocyt.	Harneisen.	Woche.	Hbgl.	Erythrocyt.	Harneisen.
1	40 pCt.	3,210,000	0.00082	1	45 pCt.	2,420,000	0.001	1	30 pCt.	2,050,000	0.0008
2	42 „	3,210,000	0.00091	2	45 „	2,450,000	0.001	2	40 „	2,080,000	0.0009
3	45 „	3,160,000	0.00091	3	48 „	2,480,000	0.001	3	45 „	2,090,000	0.001
4	55 „	3.340,000	0.00095	4	52 „	2,500,000	0.001	4	45 „	2,450,000	0.001
5	62 „	3,500,000	0.001	5	56 „	2,620,000	0.001	5	50 „	2,480,000	0.001
6	70 „	3,740,000	0.001	6	56 „	2,620,000	0.0012	6	54 „	2,730,000	
7	70 „		0.001	7	62 „	2,640,000	0.0012	7	60 „	3,200,000	0.001
8	74 „	3,850,000	0.0012	8	65 „	2,700,000	0.0015	8	65 „	3,350,000	0.0009
9	76 „	3,920,000	0.0014	9	72 „	2,740,000	0.0017	9	70 „	3,460,000	0.001
10	80 „	3,950,000	0.0015	10	80 „	3,190,000	0.0019	10	72 „	3,540,000	0.0013
11	81 „	3,980,000	0.0016	11	78 „	3,580,000	0.0016	11	78 „		0.0015
12	81 „		0.0017	12	82 „	3,860,000	0.0018	12	85 „	3,800,000	0.0014
13	85 „	4.200,000	0.0017					13	85 „	4,030,000	0.0018
20	85 „	4,200,000	0.0013					14	88 „	4,150,000	0.0018

noch als festgebundenes Harneisen alsbald ausgeschieden, sondern das Fe wird von dem eisenbedürftigen Organismus so lange im Körper zurückbehalten, bis normale Blutbeschaffenheit eingetreten ist; erst dann treten in der Ausscheidung des Harneisens die gleichen Verhältnisse, wie beim Gesunden ein. Nicht am 3—5 Tage erreicht die Fe-Elimination ihr Maximum, sondern erst viel später, in der 13.—14. Woche, bis Haemoglobingehalt und Erythrocytenzahl normale Werte erreicht haben. Und eben hierin liegt das Wesentliche für die Bewertung unserer Fe-Praeparate; nur jene, bei denen das Kriterium der langsamen, aber konstanten Vermehrung des Harneisens zutrifft, verdienen unsere allgemeine Beachtung zu finden.

2. Ausscheidung des geformten Eisens durch die Niere.

Im Gegensatze zu der konstanten und bisweilen mächtigen Fe-Ausscheidung in Form organisch fest gebundenen Harneisens durch die Niere, findet jedoch eine Elimination des Eisens in Form korpuskulärer Elemente durch dieselbe, sowohl unter normalen Verhältnissen, als unter Fe-Fütterung mit Praeparaten, welche das Eisen in inniger organischer Bindung, am besten mit Eiweissstoffen enthalten, nur in einem äusserst geringen Grade statt. Die Nieren der bei den Resorptionsversuchen zur Sektion gelangten Versuchstiere, wiesen ziemlich inkonstant, einmal etwas ausgeprägter, dann wieder kaum zu sehen, meist im Epithel der Tubuli contorti I. Ordnung eine leichte diffuse Grünfärbung auf; da und dort sehen wir im fibrillären Bindegewebe, welches die Tub. I. O. und den absteigenden Schenkel der Henle'schen Schleife umgiebt, eine 2—3 Fe-Körnchen führende Transportzelle.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

E. Moritz: Ueber Lebensprognosen. II. Aufl. St. Petersburg. 1905, bei K. Ricker.

Э. Ф. Морицъ: О предсказаніи жизни. 2. изд.

Die 1901 erschienene I. Aufl. ist in ihrer russischen Ausgabe vergriffen. Die Lebensversicherungs-Gesellschaften in Russland haben ihre Aerzte mit dem Buche versorgt und diese haben es mit grossem Dank angenommen, weil sie dadurch Fundament unter ihren Füssen fühlten. Die Taxation: wie lange wird dieser Mensch mit solchem Befunde wohl noch leben? bleibt für den einzelnen Fall ja immer eine unsichere, nicht aber für die Masse. Gerade solche Bücher, wie das vorliegende, machen diese Taxation zu einem, ich möchte sagen, guten Rätsel. Ein gutes Rätsel ist ein solches, welches schwer zu lösen ist, wo aber doch so viele Anhaltspunkte gegeben sind, dass die Lösung möglich ist. Dadurch wird die Arbeit des Versicherungsarztes interessant und befriedigend.

Der Autor beherrscht den Stoff souverän. Sonst könnte er nicht auf 54 Seiten aus dem immensen Stoffe geradezu alles Notwendige geben. Aber in dieser knappen Form, das Wichtigste besonders relief gezeichnet und in geistdurchwürztem Styl geschrieben, ist das Buch sehr anziehend und wertvoll; auch gerade, weil da alles dem Gedächtnisse des Lesers so leicht gemacht wird.

Da M. sichtlich auch die neueste Literatur kennt, vermisse ich, dass er die Arbeit Edingers «die Aufbrauchbarkeit des Nervensystems», Deutsche med. Wochenschr. 1904, № 45 u. folg., unberücksichtigt lässt. Die darin erörterten Fragen gehören gerade hierher. Auf solche Erwägungen hin, wie Edinger sie hier wissenschaftlich begründet, empfahl Ref. vor Jahren einen Tabetiker zur Aufnahme (es handelte sich um ½ Million Rubel), und die Gesellschaft hat es nicht zu bedauern gehabt, dass sie ihn annahm.

Bei der Grenzbestimmung der Dämpfungen des Herzens und der Aorta durch Perkussion (pag. 32) hätte vielleicht auf die Erfahrung vieler Kliniker hingewiesen werden können: je leiser die Perkussion auf dem Sternum und den Rippenknorpeln, desto sicherer das Resultat auch bei Korpulenten.

Was versteht M. unter sehr niedrigem spez. Gewicht des Urins (pag. 42)? Da hier Zahlen gebräuchlich sind, wäre eine solche anzugeben gewesen. Wenn die amerikanischen Gesellschaften verlangen, dass ein spez. Gew. unter 1015 entschul-

Digitized by Google

digt werden muss, so ist das für unsere nordischen Breiten verfehlt, wo der Wasserverlust durch die Haut so sehr viel geringer ist, als im Süden. Zudem Russland mit seinen Theetrinkern! Auf pag. 50 Anmerkung scheint in den Prozentzahlen 8.1 und 7.7 resp. 6 und 8 ein Druckfehler zu existieren.

Ist das richtig, was auf der Tabelle der «Germania» angegeben ist, dass die ‰ der Selbstmorde im 56.—65. Lebensjahre so sehr alle audere Lebensalter überragen? Das stände im Widerspruche mit anderen Erfahrungen.

«Ueber Lebensprognosen» ist keineswegs nur Versicherungsärzten zu empfehlen. Jeder Arzt wird so und so oft Entscheidungen zu fällen haben (Wahl des Berufes, Heiratskonsens, Sommeraufenthalt etc.), die in das Kapitel «Prognose», dem schwersten in der Medizin, gehören. Allen wird M.'s Büchlein Hülfe bringen.

Masing.

Protokolle des II. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval.

(Fortsetzung).

4) Das allerdings sehr späte Erscheinen der Sitzungsprotokolle in der St. Pet. Med. Wochenschrift erklärt sich durch folgende Umstände: Das Protokoll kann erst veröffentlicht werden nach erfolgter Bestätigung des in's Russische übersetzten offiziellen Protokollberichts. Sodann gingen einzelne Autoreferate sehr spät dem Sekretär zu. Endlich gab es unvorhergesehene langdauernde Verhandlungen mit der Redaktion der St. Pet. Med. Wochenschrift. Immerhin liegen Ihnen heute die Protokolle im Druck vor. Separatabzüge werden Ihnen später zugehen. Die Unkosten für die letzteren werden blos wenige Rubel betragen.

5) Wie Sie aus dem Programm ersehen, hat die Verwaltung infolge eines Beschlusses des vorigen Aerztetages einen ganzen Vormittag für Demonstrationen und kleinere Mitteilungen eingeräumt.

6) An Schreiben sind eingelaufen: a) Das erwähnte Schreiben des Herrn Ritterschaftshauptmanns, b) Ein Schreiben des Talsenschen Aerztevereins, welches lautet:

An die Gesellschaft der Aerzte Estlands.

Die Glieder des Talsenschen Aerztevereins erachten es für eine angenehme Pflicht, der Gesellschaft der praktischen Aerzte Estlands zu deren erstem Aerztetage ihrer aufrichtigen Freude darüber Ausdruck zu geben, dass es den verehrten Kollegen der Nachbarprovinz gelungen ist, sich zu einem allgemeinen Verbande mit wissenschaftlichem und kollegialem Streben enger aneinander zu schliessen.

Möge der junge Verein im Geiste unserer geliebten alten Alma mater Dorpatensis, das ist in rastlosem Streben nach Erkenntnis und Bereicherung des medizinischen Wissens zum Wohle der leidenden Menschheit und im regen Gefühle der Zusammengehörigkeit der Glieder des ärztlichen Standes zur Förderung des kollegialen Bewusstseins seinen Lebensweg beginnen und gedeihlich weiterführen.

In diesem Sinne rufen die Mitglieder des Talsenschen Aerztevereins den Kollegen auf dem ersten Estländischen Aerztetage in Reval ein «Vivat, crescat, floreat» zu.

Im Namen des Talsenschen Aerztevereins: Präses H. Meyer.
Riga, Oktober 1903.

c) Ein Schreiben der livländischen Abteilung des St. Petersburger Aerztlichen Vereins zur gegenseitigen Hilfeleistung mit Statuten der Unterstützungskasse genannter Gesellschaft. d) Aus der Ritterschafts-Kanzelei eine statistische Uebersicht der sanitären Verhältnisse. e) Ein Entwurf für Kontrakte 1) zwischen den Teilnehmern an einem Bezirksverbande 2) zwischen dem Bezirksverbande und seinem Arzt.

7) An Drucksachen sind eingesandt worden:

a) Ueber die Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Estland von Dr. A. Kupffer.
b) Mitteilungen über Massregeln zur Bekämpfung der Tuberkulose in Russland mit einem Aufsatz von Dr. A. v. Pezold.
c) Einiges über die Tuberkulosefrage und das Heilstättenwesen von Dr. A. v. Pezold.
d) 4 Berichte über die Tätigkeit des evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke in Pitkäjärvi von Dr. A. v. Pezold.
e) Das Programm des 16. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte.

8) Abgegangen sind folgende Schreiben:

a) Ein Dank- und Antwortsschreiben an den Talsenschen Aerzteverein.
b) Ein Glückwunschschreiben zur Feier der Eröffnung der Irrenanstalt zu Seewald bei Reval.

Hieran schloss der Kassaführer seinen Kassenbericht über die Zeit vom 11. Oktober 1903 bis zum 23. Sept. 1904:

Die Einnahmen des I. Aerztetages der Estl. Aerztl. Gesellschaft bestanden in 52 Mitgliedsbeiträgen à 8 Rbl. in Summa 416 Rbl.

Die Ausgaben (bei der Gründung der Gesellschaft und für den ersten Aerztetag sowie für den zweiten, soweit sie am 24. Sept. a. c. fällig waren) betrugen in Summa 223 Rbl. 63 Kop. Es verbleibt mithin ein Saldo von 192 Rbl. 37 Kop.

3) Die Versammlung beschliesst den 3. Aerztetag in Reval in den letzten Tagen des Oktober oder in den ersten Tagen des November nächsten Jahres abzuhalten und überlässt die genauere Festsetzung des Termins dem Vorstande.

4) Der Vorstand wird per Akklamation wiedergewählt.

5) Die Höhe des Mitgliedsbeitrages für den zweiten Aerztetag wird auf 5 Rbl. festgesetzt.

Die Veröffentlichung der Protokolle soll auf Wunsch der Versammlung in derselben Weise erfolgen wie diesmal.

6) Als Ort der Verwaltung wird Reval bestimmt.

7) Herr Meder spricht den Wunsch aus, dass die Sitzungen des Nachmittags ausgesetzt würden, damit die städtischen Kollegen Zeit hätten ihre Patienten zu besuchen.

8) Dr. Kupffer — Kuda verliest seinen Kommissionsbericht: Zur Reorganisation der Sanitätswesens auf dem Lande:

M. H. Im Namen der Kommission habe ich die Ehre, Ihnen einen Entwurf zur landischen Sanitätsreform in Estland vorzulegen. Es soll nach demselben im ganzen Lande eine offizielle Sanitätsaufsicht eingeführt und der Bevölkerung medizinische Hülfe gleichmässig zugänglich gemacht werden.

Wenden wir uns zunächst der Besprechung der Sanitätsaufsicht zu:

A. Die offizielle Sanitätsaufsicht.

I.

Das Gouvernement ist in ca. 25 Sanitätsbezirke einzuteilen, wobei die Abgrenzung der einzelnen Bezirke sich etwa so, wie nachstehendes Verzeichnis es angiebt, zu gestalten hätten.

I.	Sanitätsbezirk:	Insel Dagoe.
II.	»	Insel Dagoe.
III.	»	Werpel, Süd - Hannehl, Michaelis, ½ Karusen.
IV.	»	Nord-Hannehl, ½ Karusen, Leal, Kirrefer.
V.	»	Fickel, Merjama, Goldenbeck.
VI.	»	Martens, Röthel.
VII.	»	Poenal, Nuckoe, Worms.
VIII.	»	Rappel, ½ Jörden.
IX.	»	Kosch, ½ Jörden.
X.	»	Nissi, Haggers.
XI.	»	Kreuz, Matthias.
XII.	»	Kegel, Jürgens.
XIII.	»	Jeglecht, Johannis.
XIV.	»	Kusal.
XV.	»	Ampel und Matthäi.
XVI.	»	Weissenstein, St. Annen, Petri.
XVII.	»	M. Magdalenen, Johannis.
XVIII.	»	Turgel.
XIX.	»	Simonis.
XX.	»	Kl. Marien und ¾ Catharinen.
XXI.	»	Haljall und ¼ Catharinen.
XXII.	»	Wesenberg und Jakoby.
XXIII.	»	Maholm.
XXIV.	»	Luggenhusen.
XXV.	»	Jewe.
XXVI.	»	Isaak.
XXVII.	»	Waiwara.

II.

In jedem dieser Sanitätsbezirke ist ein im Kommunaldienst stehender landschaftlicher Sanitätsarzt, oder sog. Landschaftsarzt tätig. In den nahstädtischen Bezirken wird diesen Posten ein städtischer Arzt übernehmen müssen. Wo Landpraxis betreibende, von Bezirksarztverbänden angestellte Aerzte vorhanden sind, werden diese in ihrem Wirkungskreise auch als Sanitätsärzte zu fungieren haben, falls ihre Zeit nicht zu sehr in Anspruch genommen ist. Ebenso ist es mit den freipraktizierenden Aerzten zu halten; jedoch ist es wünschenswerth, dass möglichst viele Sanitätsbezirke den Bezirksärzten zugeteilt werden.

Anmerkung: Sollten auf diese Weise nicht alle Sanitätsbezirke versorgt werden können, so ist ein oder mehrere, blos im Sanitätswesen tätige Aerzte für Estland anzustellen, die dann eine grössere Anzahl Sanitätsbezirke übernehmen, und den übrigen Sanitätsärzten gegebenen Falls bei schweren Epidemien beispringen, und in den besonders heimgesuchten Orten dejourieren können.

Digitized by Google

III.

Die Wahl der landischen Sanitätsärzte steht dem Ritterschaftlichen Ausschusse auf Vorschlag der sog. ständigen Landessanitätskommission zu, welche letztere zugleich Oberbehörde der Sanitätsärzte ist, und der sie zu berichten haben. Die Bezirksarztverbände können ihren Bezirksarzt in erster Linie zum Sanitätsarzt des betreffenden Bezirkes vorschlagen. Die Anstellung und Bestätigung der Sanitätsärzte erfolgt wie die der Landesbeamten überhaupt. Der Sanitätsarzt ist als Leiter des Sanitätswesens seines Bezirkes anzusehen. Er ist eine offizielle, mit Autorität ausgerüstete Persönlichkeit, welche die Verpflichtung hat, Höfe und Gemeinden in sanitären Fragen zu beraten.

IV.

Die Tätigkeit des landschaftlichen Sanitätsarztes hat infolgendem zu bestehen::

a) Schulwesen: Sämtliche Schulen seines Bezirkes hat er 2 mal jährlich in sanitärer Beziehung zu revidieren und die gefundenen Mängel seiner Oberbehörde (der «ständigen Landessanitätskommission») zu melden. Bei den Revisionen hat der Sanitätsarzt besonders sein Augenmerk zu richten auf den Brunnen, die Dungstätten und den Abort, den Zustand der Baulichkeiten, die Ventilation, die Fenster, die Lichtquelle für die Klasse, den Kubikraum Luft pro Schulkind in der Klasse und den Schulräumen, die Unterbringung der Schulkinder auf den Bänken, die Haltung der Schulkinder auf denselben, die Reinlichkeit der Schulkinder und der Räume, die Anzahl der Schulkinder in der Klasse, die auffälligen Krankheiten der Schulkinder, das Gelass für die Ueberkleider, die Lehrerwohnung, die Spucknäpfe, die Waschvorrichtungen, den Ausschluss von mit ansteckenden Krankheiten behafteten Schulkindern, die Desinfektion der Schulräume nach Epidemien, die Einhaltung der Anzeigepflicht- und der Isolierungsbestimmungen beim Ausbruch von Krankheiten in der Schule, die Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten aus der Schule in die Häuser und umgekehrt, die Kontrolle der Impfzeugnisse und die Revaccination der Schulkinder, sowie auf die Baupläne bei Neubauten und Remonten von Schulgebäuden.

b) Armenwesen: Sämmtliche Armenhäuser seines Bezirks hat der Sanitätsarzt 2 mal jährlich in sanitärer Beziehung zu revidieren und über die Resultate zu berichten. Dabei soll er seine Aufmerksamkeit hauptsächlich richten auf den Brunnen, die Dungstätten und den Abort, den Kubikraum Luft pro Person, die Reinlichkeit der Räume und ihrer Insassen, die Beschäftigungsfähigkeit der Armen, die gemeingefährlichen Krankheiten (unter denselben), sowie die Beköstigung und Bekleidung derselben.

Ausserdem hat der Sanitätsarzt noch vorkommenden Falles alle Unterstützungsbedürftigen der Gemeinden auf ihre Erwerbsfähigkeit zu begutachten und eventuelle Aufnahme in's Armenhaus zu befürworten und auch auf Wunsch alle der Lepra, Lues etc. Verdächtige zu untersuchen, sowie in dem Bezirk lebende Lepröse besonders zu überwachen.

c) Hebammenwesen: Alle Hebammen seines Bezirks hat der Sanitätsarzt in jeder Beziehung zu kontrollieren und auf Entfernung untüchtiger Personen zu dringen. Im Speziellen hat er darauf zu achten, dass jede Hebamme über die von ihr abgewarteten Geburten genaue Aufzeichnungen, betreffend den Geburtsverlauf, in zu dem Zwecke zusammengestellten (conf.) Formularen macht, welche öfters im Jahre vom Sanitätsarzt zusammen mit den Instrumenten der Hebamme zu prüfen sind.

Nebenbei soll sich der Sanitätsarzt bei jeder Gelegenheit von der Tüchtigkeit der Hebammen überzeugen, dieselben unterweisen und beraten, sowie mehr und mehr in die Praxis einführen.

d) Impfwesen: Der Sanitätsarzt hat über das Impfwesen seines Bezirkes eine genaue Kontrolle auszuüben. Er soll demnach die Gemeindeimpfer beim Impfgeschäft beaufsichtigen, das Instrumentarium derselben prüfen, einen Einblick in den Modus der Impfung und Registrierung gewinnen und namentlich darauf achten, dass die Impfung regelmässig und um geeignete Zeit vorgenommen wird, dass die Impflisten sorgfältig angefertigt werden, dass an allen Impfpflichtigen auch wirklich die Impfung vollzogen wird, dass alle Schulkinder revacciniert werden, dass bei erfolglosem Impfen solange weitergeimpft wird bis ein Erfolg oder mit Sicherheit Immunität konstatiert worden ist, dass möglichst gute Lymphe kostenfrei den Impfern zur Verfügung steht, dass regelmässig Halbjahrsberichte über den Gang der Impfung den Kreisimpfkomitees zugesandt werden, welche Berichte unter Anleitung des Sanitätsarztes zusammengestellt werden sollen. (Genaueres conf. Impfreglement). Nebenbei hat er auch Massenimpfungen von Erwachsenen beim Ausbruch von Pockenepidemien anzuordnen.

e) Feldscherwesen: Der Sanitätsarzt muss alle, in seinem Bezirk vorhandenen Feldschere in ihrer Tätigkeit überwachen, und dieselben anleiten.

f) Statistik, Berichterstattung und Verbreitung medizinischer Bildung: Der Sanitätsarzt hat über seine Tätigkeit Jahresberichte an die ständige Landessanitätskommission einzusenden, in denen auf die bestehenden Mängel aufmerksam gemacht und zugleich angegeben ist, wie dieselben zu beseitigen wären. Ueber seinen Bezirk hat der Sanitätsarzt eine fortlaufende Statistik zu führen. Bei jeder, sich bietenden Gelegenheit soll er bemüht sein, die Bevölkerung in Fragen aus dem Gebiet des Sanitätswesens aufzuklären und medizinische Bildung zu verbreiten. Auch hat er die Autoritäten und Beamten seines Bezirks in sanitären Fragen aller Art zu beraten und besonders am Kampfe gegen Tuberkulose, Lepra, Lues, Trachom, Pocken, Masern, Scharlach und Diphtherie teilzunehmen.

Der Sanitätsarzt hat demnach das Vorhandensein einer Epidemie zu konstatieren und seine Meldung auf schnellstem Wege durch die Gemeinde, resp. den Hof der Polizei zuzusenden. Sodann sind von ihm die Gemeindebeamten über die zu ergreifenden Isolierungsmassregeln zu instruieren und bei Vornahme von Desinfektionen anzuleiten.

V.

Das aus der Landeskasse für obige Funktionen gewährte Honorar beträgt pro Bezirk und Jahr, je nach der Grösse der Arbeit 400—600 Rbl. in Summa.

Diejenigen Sanitätsärzte, welche den Kreisarzt in sanitätspolizeilicher und gerichtlichmedizinischer Beziehung auf Wunsch der Landschaft vertreten, haben auf ein Extrahonorar von 5—10 Rbl. täglich (neben freier Fahrt) Anspruch.

B. Die medizinische Hülfe auf dem flachen Lande.

I.

In Estland wären an einzelnen Orten neue Landarztstellen zu gründen, und im ganzen 40—50 Hebammen, praktisch im Lande verteilt, anzustellen.

NB. Aerzte wären anzustellen in Nissi, Jörden, Kl. Marien od. Wassalem, Haljall und Maholm.

Es müssten mehr Hospitäler, resp. Ambulanzstationen bei den Doktoraten eingerichtet werden; auch sind die bereits vorhandenen besser in Stand zu setzen und genügend zu subventionieren. Alle bestehenden privaten Arztvereine sollten in Bezirksverbände zur Organisation medizinischer Hülfe auf dem Lande umgewandelt werden, d. h. in Gesellschaften mit Sozietätskontrakten, entsprechend den Bestimmungen des III. Bandes des Provinzial*rechtes* (conf. § 4266 und ff.), welche dann als juristische Personen und bleibende Institutionen anzusehen sind und denen die Regelung der medizinischen Hülfe innerhalb ihres Bezirkes obliegt.

Wo bisher keine privaten Arztvereine existierten, sollen sich ebenfalls Bezirksverbände bilden. In den Gegenden, in denen freipraktizierende Aerzte tätig sind, können diese Verhältnisse fortbestehen, wenn Klientel und Arzt mit denselben zufrieden sind.

In den nahstädtischen Bezirken brauchen sich jedoch keine Bezirksverbände zu bilden.

Den Bezirksverbänden steht das Wahlrecht zu. Sie haben die nötigen Mittel zum Unterhalt des medizinischen Personals, event. mit Beihülfe von Seiten der Landeskasse aufzubringen.

Jeder Bezirksverband hat also einen Bezirksarzt, 2 Hebammen und 1 Hospital zu unterhalten. Wo keine Bezirksverbände existieren, könnten die Kirchenkonvente die Hebammen anstellen und die Hospitäler gründen und unterhalten.

Eine Ambulanzstation müsste bei jedem Doktorat vorhanden sein. An Hebammen kämen auf jeden grösseren Bezirk etwa 2.

Die kleinstädtischen Hospitäler wären vom Lande zu subventionieren, da in ihnen die Patienten der nahstädtischen Bezirke verpflegt werden.

Alle Bezirksverbände haben das Recht auf Subvention aus der Landeskasse, wenn sie den Beweis erbringen, dass sie sich auf Grundlage obiger Bedingungen zusammengetan haben und bereit sind, sich in genügender Weise zum Unterhalt des Medizinalwesens ihres Bezirkes zu besteuern. Als Minimum dieser Besteuerung für einen Bezirk sind rund 1500 Rbl. anzusehen, welcher Summe als Subvention aus Landesmitteln pro Bezirk rund 1000 Rbl. gegenüberstehen, falls der Bezirksarzt zugleich Sanitätsarzt eines Landessanitätsbezirkes ist. Die Teilnehmer der Bezirksverbände hätten sich nach bestimmten Satzungen zu konstituieren und sich schriftlich zu verpflichten eine längere Zeit (etwa 6 Jahre) die festgesetzten Bedingungen einzuhalten.

II.

Die Bezirksverbände sollten mit ihren Aerzten unter Beihülfe des Estl. ärztlichen Rechtschutzvereins genaue Kontrakte schliessen (conf. Formular).

Die Bezirksverbände müssten das Recht haben, entsprechend den lokalen Verhältnissen für die Gagierung der Bezirksärzte

Digitized by Google

und Hebammen, und für die Honorierung der Bezirksärzte in der freien Praxis und in dem Hospitaldienst nach folgenden Normen eine Taxe zu bestimmen, welche einzuhalten die Bewohner des Bezirkes verpflichtet sind.

Taxe für die zu Bezirksverbänden gehörigen Güter:

Das Gesamtjahresfixum eines Bezirksarztes soll betragen mindestens 1200 Rbl. und freie Wohnung nebst Holz, im Werte von 400 Rbl., falls 12 Güter (einschliesslich Pastorate) zum Verbande gehören. Sind mehr Güter vorhanden, so kann der Arzt pro Gut mindestens 100 Rbl. mehr an Fixum beanspruchen. Das von den einzelnen Höfen zu zahlende Fixum ist zu berechnen: nach der Anzahl und Wohlhabenheit der Bewohner, der Entfernung des Hofes vom Wohnorte des Arztes und der Zahl der maschinellen Betriebe. Für das oben angegebene Fixum hat der Bezirksarzt als Haus- und Gutsarzt die Besitzer, resp. Arrendatoren mit ihren ständig auf dem Gutshofe lebenden Familiengliedern ambulatorisch und klinisch zu behandeln, ist jedoch zu nicht mehr als 240 Fahrten im Jahre zu seiner gesamten Klientel verpflichtet. Verlangt der Verband mehr Fahrten, so hat derselbe pro Fahrt ein Extrahonorar von 5 Rbl. zu entrichten, welches der Verband von dem betreffenden Hofe einzukassieren hat. Das Gefährt hat immer der Patient zu stellen, oder die Postprogon zu entrichten.

Ein Extrahonorar nach Vereinbarung ist der Bezirksarzt als Haus- und Gutsarzt zu beanspruchen berechtigt: a) für grössere Operationen in den Familien der Besitzer resp. Arrendatoren und Angestellten des Gutes; b) für Entbindungen in den Familien der Besitzer und Angestellten; c) für jeden, im Bezirkshospital behandelten Patienten im Betrage von 10 Kop. pro Tag.

Taxe für ausserhalb der Bezirksverbände stehende Höfe, welche ein besonderes Jahresabkommen durch den Bezirksverband mit dem Arzt treffen:

Die Jahreszahlung pro Gut soll nicht unter 150 Rbl. betragen, von welcher Summe 50 Rbl. in die Bezirkskasse fliessen, und für welche mittellose Personen aus dem Bezirk behandelt werden. Für dieses Honorar ist der Bezirksarzt zu 10 Fahrten im Jahr verpflichtet. Für jede überzählige Fahrt sind 10 Rbl. extra zu vergüten.

Sonst dieselben Bestimmungen, wie oben.

Taxe für Güter, welche kein Jahresabkommen treffen:

Für jede Fahrt sind je nach der Entfernung 15—25 Rbl. zu zahlen, von welcher Summe 5 Rbl. der Kasse des Bezirksverbandes zufallen und für welche mittellose Personen aus dem Bezirk behandelt werden.

Für ambulatorische Behandlung (oder telephonische, resp. briefliche Konsultation) kann der Bezirksarzt pro Konsultation beanspruchen:

von den Besitzern resp. Arrendatoren	3 Rbl.
» » Gutsbeamten	1—2 »
» » Knechten	50 Kop.—1 »

Im übrigen dieselben Bedingungen, wie vorhin.

Taxe für die Bauerschaft:

Für Fahrten pro Stunde 50 Kop.—1 Rbl., je nach der Wohlhabenheit der Patienten; jedoch ist für eine Fahrt nie weniger als 1 Rbl. zu zahlen. Für die Nacht tritt eine Erhöhung der Taxe um 50 pCt. ein.

Das Gefährt ist vom Patienten zu stellen.

Für ambulatorische Praxis ist zu zahlen pro konsultierende Person 30—50 Kop. Bei wiederholter Konsultation desselben Patienten in ein und derselben Krankheit tritt Ermässigung ein. Ebenso findet eine Ermässigung der Taxe bei sehr lange dauernden Geburten statt.

Operationen werden nach Uebereinkunft honoriert. Für die Behandlung im Hospital erhält der Bezirksarzt 10 Kop. pro Tag und Kopf.

Taxe für Behandlung im Hospital des Bezirkes:

Jeder Patient hat täglich zu zahlen:

bei voller Beköstigung 40 Kop. } 10 Kop. davon
ohne — » 20 » } für den Arzt,

exklusive Medikamente und Verbandstoff.

Mittellose können auf Rechnung der Hospitalskasse verpflegt werden, soweit die Mittel reichen.

Nicht zum Bezirksverbande gehörige Höfe haben für ihre Leute 50 Kop. täglich im Hospital zu zahlen.

Taxe für Bezirkshebammen:

Das Jahresfixum soll 150 Rbl. nebst freier Wohnung, Holz und Deputat betragen.

Für die Hülfeleistung beim Akt der Geburt haben die Höfe und Wirte 1 Rbl., die Bauerknechte und sonstigen Landlosen 50 Kop. zu zahlen. Für jeden Wartetag, resp. Wochenbettstag kann die Hebamme 50 Kop. resp. 25 Kop. nebst Beköstigung verlangen.

Das Gefährt hat der Patient zu stellen. Medikamente und Verbandstoff sind extra zu vergüten. Freiwillige Mehrzahlung kann die Hebamme annehmen.

Personen privilegierter Stände haben eine höhere Zahlung zu leisten, wenn sie die Hülfe der Hebamme für sich persönlich beanspruchen.

Die Diskussion wird verschoben.

(Fortsetzung folgt).

XXII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden.

Vom 12.—15. April 1905.

Bericht von Dr. Prüssian — Wiesbaden.

(Fortsetzung.)

(cf. Nr. 23, 24 und 26.)

Turban-Davos demonstrierte einige sehr interessante mikroskopische Präparate von Tuberkulose: 1. Nachweis von Körnern und Hüllen beim Tuberkelbazillus in sehr alten Reinkulturen. 2. Doppelfärbung und Fettorganisation der elastischen Fasern. 3. In einem Falle gleichzeitigen Bestehens von Lungentuberkulose und primärem Lungenkrebs konnten Tuberkel und Krebsnester in unmittelbar aneinander grenzenden Alveolen nachgewiesen werden.

Kumoji Sasaki-Japan: «Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Extraktivstoffe des Fleisches für die Magenverdauung». Untersuchungen an Pawlow'schen Fistelhunden lehrten, dass die Darreichung von Extraktivstoffen des Fleisches kurze Zeit vor der Aufnahme der eigentlichen Nahrung die Magenschleimhaut disponiert auf die Nahrung mit einer viel intensiveren und nachhaltigeren Produktion eines verdauungskräftigen und in seinem Säuregehalt höherwertigen Saftes zu reagieren, als es der Schleimhaut ohne die voraufgegangene Gabe dieser Extraktivstoffe möglich ist.

Franze-Nauheim besprach einige neue Gesichtspunkte bei Herzneurosen. Die Mehrzahl derselben hat ihre Ursache im Gebiete des Sympathicus. Vortr. glaubt mit Sicherheit das Hinzukommen von Herzerweiterungen zu nervösen Herzbeschwerden beobachtet zu haben.

Ernst Meyer-Halle hat experimentell nachgewiesen, dass das fettspaltende Ferment nicht, wie bisher angenommen wurde, im Magen produziert wird, sondern dass es sich um ein spezifisches Enzym des Pankreas handelt, welches die Fettspaltung im Magen herbeiführt.

Ein grosser Teil der Verhandlungen des diesjährigen Kongresses beschäftigte sich mit der neuerdings lebhaft ventilierten Frage der Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Blutzusammensetzung, insbesondere bei Leukämie. Es berichtete

Aug. Hoffmann-Düsseldorf: «Ueber therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen bei gemischtzelliger Leukämie». Er hat 4 Fälle schwerer, mittelschwerer und leichter Natur von myelogener Leukämie mit Röntgenbestrahlung der Milz behandelt. Während in dem einen, schweren Falle ein Erfolg nicht eintrat, zeigte sich bei den anderen deutliche Besserung des Blutbefundes, welche Hoffmann aber nicht auf direkte Zerstörung des lymphoiden und blutbildenden Gewebes zurückführt. Bei der Behandlung ist eine sorgfältige Kontrolle notwendig, da Dermatitis und tiefe Verbrennungen leicht entstehen.

Krause-Berlin: «Ueber Röntgenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie». Es wurden 6 Fälle von myelogener, 2 Fälle von lymphatischer Leukämie, 2 Fälle von Pseudoleukämie, 2 Fälle von Lymphosarkom, 1 Fall von Anämia splenica, 3 Fälle von chronischem Milztumor behandelt. Bei 5 Fällen von myelogener Leukämie zeigte sich prompte Wirkung durch Zurückgehen der Leukocytenzahl, Anstieg der Erythrocyten und des Hämoglobingehaltes, Kleinerwerden des Milztumors, bedeutender Besserung des Allgemeinbefindens. Ein Fall von myelogener Leukämie, welcher mit hämorrhagischer Nephritis kompliziert war, blieb nach ca. 300 Minuten langer Bestrahlung refraktär. Ein Fall von lymphatischer Leukämie wurde sehr gebessert. Bei den beiden Fällen von Pseudoleukämie trat prompte Besserung ein. Ernste Schädigungen wurden vermieden.

Linser und Helber-Tübingen: «Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut im Tierexperiment». Es gelingt mit Röntgenstrahlen die Leukocyten bei Tieren völlig oder bis auf geringe Reste aus dem kreisenden Blute verschwinden zu lassen. Diese Wirkung, welche nur den Röntgenstrahlen, nicht aber dem Radium und dem ultra-

Digitized by Google

violetten Lichte zukommt, ist auf eine primäre Zerstörung der Leukocyten im kreisenden Blute zurückzuführen. Durch den Zerfall der Leukocyten infolge von Röntgenbestrahlung entstehn in dem Blutserum giftige Substanzen, Leukotoxine. Dieses leukotoxisch wirkende Serum ruft, normalen Tieren injiziert, erhebliche Zerstörung von weissen Blutzellen hervor, während normales, nicht bestrahltes Serum Hyperleukocytose erzeugt. Die Wirkung dieses Röntgenserums hängt ausschliesslich von der Anwesenheit resp. Menge der Bestrahlung ausgesetzter und dadurch zerstörter Leukocyten ab. Es entsteht also aus dem Zerfall derselben. Durch Erhitzung auf 60° lässt es sich inaktivieren.

Braunstein-Berlin: «Ueber die Bedeutung der Radiumemanation und ihre Anwendung». Mit Radiumemanation, die durch Abdestillieren von Radiumsalzen gewonnen war, hat B. Einspritzungen in Karzinome gemacht, in anderen Fällen radioaktives Wismut per os verabreicht. Er beobachtete Verkleinerung der Tumoren, einmal sogar Verflüssigung eines solchen. Wie das Radium selbst wirkt also auch die Emanation, zellen-resp. gewebszerstörend. Die Emanation hat aber auch bakterizide Wirkung, indem sie Streptokokken und Typhusbakterien in ihrem Wachstum hemmt.

von Leube-Würzburg: «Ueber positiven Venenpuls bei Anämischen». Dieser entsteht durch relative Trikuspidalinsufficienz, wahrscheinlich auf funktioneller Basis. In der Regel findet man eine Verbreiterung des Herzens nach rechts, ein systolisches Geräusch rechts vom Sternum und diastolischen Venenkollaps.

Gerhardt-Erlangen: «Beitrag zur Lehre von der Mechanik der Klappenfehler», Untersuchungen darüber, wie hoch bei Klappeninsufficienzen des Herzens der Druck in den oberhalb der Läsion gelegenen Herzteilen ansteigt. Bei experimenteller Erzeugung von Insufficienz der Atrioventrikularklappen stieg der Vorhofdruck zwar beträchtlich an, blieb aber doch viel niedriger als der Ventrikeldruck. Bei Trikuspidalinsufficienz wurde als Maximum Ansteigen bis auf etwa die Hälfte, bei Mitralinsufficienz bis auf etwa $^1/_4$ des Ventrikeldruckes beobachtet. Versuche an Tieren mit künstlich erzeugter Insufficienz der Aortenklappen ergaben, dass der Ventrikeldruck zu Beginn der Herzdiastole ebenso wie in der Norm zu negativen Werten absinkt. G. sieht darin eine Stütze der alten Lehre, dass reine Aorteninsufficienz nur den linken Ventrikel, nicht aber die übrigen Herzabschnitte stärker belaste.

Loeb-Strassburg: «Ueber den Einfluss senkrechter Körperhaltung auf die Urinsekretion». Bei «Orthostatikern» ändert sich beim Aufstehn, abgesehn von der Eiweissausscheidung, die Zusammensetzung des Urins derart, dass relativ weniger NaCl ausgeschieden wird, der Koranyische Quotient also ansteigt. L. schliesst daraus auf eine venöse Nierenhyperämie beim Aufstehn.

Mohr-Berlin: «Untersuchungen über die Blutcirkulation anämischer Individuen». Die bisherigen Untersuchungen über den Stoffwechsel von Anämischen haben gezeigt, dass der gesammte O_2-Verbrauch und die CO_2-Produktion normal, unter Umständen sogar erhöht sein können. Es müssen also im anämischen Organismus Ausgleichsvorrichtungen vorhanden sein, die den normalen Ablauf der Stoffwechselvorgänge garantieren. Diese Ausgleichsvorrichtungen sind nach Mohrs Untersuchungen: 1. Die veränderliche O_2-Kapacität des Hämoglobins, 2. die vermehrte Ausnutzung des O_2 in den Kapillaren, 3. die vermehrte Cirkulationsgeschwindigkeit des Blutes, die experimentell nach einer von Zuntz angegebenen Methode bestimmt wurde. Manchmal kommt noch eine Vergrösserung des Schlagvolumens des Herzens als kompensierender Faktor hinzu.

Bendersky-Kiew: «Eine einfache und leichte Methode der Abgrenzung der inneren Organe». Die Methode besteht in der Vereinigung der Auskultation mit der Perkussion vermittelst eines weichen Stethoskops und gleichzeitiger leichter Fingerperkussion in der Umgebung der dem Körper anliegenden Glocke des Hörrohrs. Alle Organe, mit oder ohne Luftgehalt, geben dabei denselben Schall, nur wenn die Grenze des gerade untersuchten Organs überschritten wird, wird der Schall geringer oder hört ganz auf. Besonders interessante Befunde erhielt B. mit seiner Methode bei Untersuchung der Lungenspitzen.

Fischer-Bonn berichtete über sehr interessante Untersuchungen über «Arterienerkrankungen bei Adrenalininjektionen». Er zeigte an einer grossen Anzahl von makroskopischen und mikroskopischen Objekten, dass intravenöse Injektionen von Nebennierenpräparaten beim Kaninchen zu Nekrosen der glatten Muskulatur der Media mit ausgedehnter Verkalkung, Streckung und Zerstückelung der elastischen Fasern führen. Später folgen reaktiv-entzündliche Vorgänge: Mesarteriitis und Endarteriitis. Am Herzen findet sich Myokarditis interstitialis und Verkalkung der Herzmuskelfasern. Die Arterienerkrankung ist von der menschlichen Arteriosklerose grundverschieden und als Arterionekrose zu bezeichnen. Subkutane Adrenalininjektionen waren beim Kaninchen erfolglos, beim Hunde auch intravenöse.

(Schluss folgt).

Zuschrift an die Redaktion.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Wladiwostok d. 9. Juni 1905.

Sehr geehrter Herr Kollege!

In Nr. 19, S. 186 der «St. Petersb. med. Wochenschrift» 1905 ist eine Notiz abgedruckt, dass hier in Wladiwostok ca. 700 Aerzte anwesend und infolge der Teuerung die Gagen erhöht seien. Erstens handelt es sich da offenbar um einen Druckfehler: nicht 700, sondern nur ca. 400 Militärärzte sind hier konzentriert. Dann kann die Angabe über die Gagenerhöhung leicht missverstanden und nur auf Wladiwostok bezogen werden. So ist das aber nicht gemeint. Dieselbe bezieht sich in demselben Maasse auf den ganzen Kriegsschauplatz, Wladiwostok macht da gar keine Ausnahme. Ich bitte Sie, sehr geehrter Herr Kollege, dieses zu berichtigen.

In kollegialer Hochachtung

Dr. med. E. Mey.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Professor ord. der inneren Medizin und Direktor der therapeutischen Fakultätsklinik an der Odessaer Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Sergius Lewaschëw, ist nach Ablauf seiner 25-jährigen Dienstzeit auf weitere fünf Jahre im Dienst belassen worden.

— Die Beisetzung Prof. Nothnagels hat am 9. Juli n. St. in Wien stattgefunden, wobei Prof. Dr. v. Leyden — Berlin, den vierzigjährige Freundschaft mit Nothnagel verband, dem Entschlafenen herzliche Worte des Gedenkens widmete. «Hier, wo Nothnagels sterbliche Hülle *in die* Erde versenkt wird» — so schloss er seinen Nachruf — «verkünden wir die Grösse seines Geistes, die Einfachheit seines Charakters; die Offenheit und Hingabe seiner Lehre wird über sein Grab bestehen, sein Name als Arzt und Lehrer wird unauslöschlich sein!».

— Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. Mikulicz auf dem Lehrstuhl der Chirurgie in Breslau ist der Königsberger Chirurg Prof. Dr. Garré berufen worden und hat den Ruf angenommen. Prof. Garré, der erst im Wintersemester sein neues Amt in Breslau antritt, soll, wie verlautet, durch Prof. Friedrich (Greifswald) oder Prof. Müller (Rostock) ersetzt werden.

— Ordensverleihungen: Dem ärztlichen Personal des Hospitals und der ambulatorischen Heilanstalt der Pokrowschen Gemeinschaft barmherziger Schwestern in St. Petersburg sind nachstehende Ordensauszeichnungen zuteilgeworden:

Der St. Wladimirorden IV. Klasse — dem Konsultanten der Gemeinschaft barmherziger Schwestern Dr. Eugen Batzewitsch und den Spezialisten Dr. Sheltuchin und Dr. Fomin. Der St. Stanislausorden II. Klasse — den Konsultanten Dr. Ishewski und Dr. Kalaschnikow, sowie den Spezialisten Dr. Leo Stuckey und Dr. Solotarew.

— Verstorben: 1) In Rjasan der dortige Gouvernements-Medizinalinspektor, Staatsrat Dr. Theodor Milejew, im Alter von 50 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher in der letzten Zeit auch als Präsident der Gesellschaft Rjasanscher Aerzte und Mitglied des Konseils des Arbeitshauses fungierte, ist seit 1877 als Arzt tätig gewesen. 2) In Jalta am 21. Juni Dr. Dr. Wl. Grigorjew im 47. Lebensjahre. Der Verstorbene hat die ärztliche Praxis seit 1881 ausgeübt, anfangs in Bologoje, dann in Petersburg. 3) In Lukow (Gouv. Siedlce) der Arzt des St. Thaddaeus-Hospitals Dr. Anton Triarski im 63. Lebensjahre am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Behandlung von Typhuskranken infiziert hatte. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1868 erlangt. 4. u. 5) In der Seeschlacht bei Tsushima sind mit den Schiffen untergegangen: die Flottenärzte Alexander Nadeïn, 32 Jahre alt, Arzt seit 1896, und Apollo Matawkin, 32 Jahre alt, Arzt seit 1899. 6) Am 1. Juli n. St. in München der ausserordentliche Professor der inneren Medizin und Laryngo-Rhinologie, Dr. Philipp Schech, im Alter von 60 Jahren. Der Verstorbene hatte seine medizinische Ausbildung in Würz-

Digitized by Google

burg erhalten, worauf er 1869 seine Studien in Berlin und dann in Wien fortsetzte, wo er sich bei Türk und Czermak mit der Laryngologie beschäftigte. Neben seinen Vorlesungen über Laryngologie, Rhinologie und Balneologie an der Universität entfaltete er eine ausgebreitete Privatpraxis, da er zu den gesuchtesten Aerzten Münchens gehörte. 7) In Strassburg am 8. Juli n. St. der ausserordentliche Professor der Chirurgie Dr. Friedrich Fischer, Direktor der zweiten chirurgischen Abteilung im dortigen Bürgerspital. Als Arzt ist F. seit 1879 tätig gewesen.

Vom Kriegssanitätsdienst.

Einige Aerzte, die sich bei der aktiven Armee befinden, haben beim Kriegsministerium angefragt, ob nicht solche Aerzte, die ihre fünfjährige Dienstpflicht im Fernen Osten abgeleistet haben, das Recht zur Rückkehr in's europäische Russland erhalten können. Das Ministerium hat verneinend geantwortet, da es an ärztlichem Personal mangelt. Eine Ausnahme können nur heilungsbedürftige, kranke Aerzte machen, die ein diesbezügliches Attestat beibringen.

— Wie die Ober-Militär-Medizinalverwaltung im «Russ. Inw.» mitteilt, sind in letzter Zeit dem Ober-Militärmedizinalinspektor häufig anonyme Zuschriften, offenbar von Frauen geschrieben, zugegangen, in denen die Notwendigkeit betont wird, den Aerzten, die auf dem Kriegschauplatz sind, Erholung zu gewähren, resp. diese Aerzte durch andere Aerzte, resp. Studenten der Medizin zu ersetzen. 3000 Aerzte durch andere zu ersetzen, sei aber unmöglich. Zudem sei es unerfindlich, warum nur die Aerzte, nicht aber auch die Veterinäre, Feldscher, Pharmazeuten und Beamten auf dem Kriegsschauplatz abgelöst werden sollen? Warum sollte man da nicht auch die Offiziere und Soldaten ablösen, die ständig (?) auf den Positionen sind, während von den Aerzten doch die Hälfte in den Feldhospitälern dienstlich wirkt? Würden die Aerzte aus dem Fernen Osten zurückkehren, so könnten sie wohl schwerlich der Ruhe pflegen, da sie die sie ersetzenden Kollegen hier vertreten müssten. Es sei aber auch nicht möglich die «ermüdeten» Aerzte, ja nicht einmal die erkrankten und verstorbenen durch junge Aerzte zu ersetzen, da die dafür in Betracht kommenden Aerzte im Europäischen Russland sich zum Teil der Ausstandsbewegung angeschlossen haben und sich von jedem Beistand auf dem Kriegsschauplatz lossagen.

— Die Exekutivkommission des Roten Kreuzes hat auf Antrag des Generalbevollmächtigten F. Kaufmann, der die Notwendigkeit wenigstens eines Asyls für Geisteskranke in Tschita betonte, 2500 Rbl. zur Errichtung eines solchen Asyls in einem Privathause bewilligt.

Von Universitäten, Vereinen und Kongressen.

— Zum Rektor der Lemberger Universität ist der Professor der medizinischen Fakultät Dr. A. Glinzinski gewählt worden.

— Der Senior der Marburger medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Emil Mannkopf, tritt mit dem Schluss des Sommersemesters von der Direktion der medizinischen Klinik zurück. Als sein Nachfolger ist Prof. Dr. L. Brauer, welcher gegenwärtig die medizinische Poliklinik in Marburg leitet, in Aussicht genommen.

— Die Charkower medizinische Gesellschaft hatte sich an den örtlichen Gouverneur mit einem Gesuch gewandt, dass den Mitgliedern der genannten Gesellschaft das Tragen von Waffen zur Verteidigung gestattet werde. Veranlasst wurde dieses Gesuch durch die in der letzten Zeit in Charkow häufig vorgekommenen Ueberfälle und Verwundungen auf der Strasse und in den Häusern, denen auch namentlich die Aerzte ausgesetzt sind, da sie mit den verschiedenen Klassen der Bevölkerung in Berührung kommen und die Kranken zu jeder Zeit besuchen müssen, selbst bei Unruhen und Strassendemonstrationen. Von Aerzten in Charkow wurde Dr. Schischmann auf der Strasse verwundet und Dr. Pawlow in seiner Wohnung überfallen.

— Eine von den Fabrikärzten des Moskauer Rayons projektierte private Versammlung zur Beratung von professionellen Fragen, welche am 22. Juni stattfinden sollte, ist vom Moskauer Stadthauptmann nicht gestattet worden.

— Der I. Kongress der internationalen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 18.—23. September d. J. zu Brüssel statt. Auf der Tagesordnung stehen: 1) Wert der Blutuntersuchung in der Chirurgie; 2) Behandlung der Prostatachirurgie; 3) Chirurg. Eingriffe bei nicht krebsigen Magenerkrankungen; 4) Behandlung der Gelenktuberkulose; 5) Behandlung der Peritonitis; 6) Diagnostik der chirurg. Nervenerkrankungen.

— Der IV. allrussische odontologische Kongress wurde hier am 4. Juli eröffnet. Zum Präsidenten des Kongresses wurde der Zahnarzt Alexander Fischer aus Moskau, zum Vizepräsidenten A. S. Rjabkow (St. Petersburg) und zu Sekretären die Zahnärzte Spiegelglas und Okuntschikow gewählt. Die Zahl der Teilnehmer beträgt gegen 200.

— Dem uns soeben zugegangenen ausführlichen Programm der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran (24.—30. September n. St. c.) entnehmen wir folgendes: Montag 25. Sept: I. allgemeine Versammlung (Vorträge: Wien «Ueber Elektronen», Nocht «Ueber Tropenkrankheiten»). Nachmittags Beginn der Abteilungssitzungen. Mittwoch 27. Sept. Gesamtsitzung der beiden Hauptgruppen (der naturwissenschaftl. und medizinischen): (Gutzmer: Bericht der Unterrichtskommission. Vorträge von Correns, Heider und Hatschek «Ueber Vererbung»). Donnerstag 28. Sept.: Gemeinschaftl. Sitzung der medizinischen Hauptgruppe («Ueber Natur und Behandlung der Pellagra» Referenten: Neusser, Sturli, Tuczek, Merk, v. Habsler). Freitag 29. September II. allgemeine Versammlung (Vorträge: Molisch «Ueber Lichtentwicklung in den Pflanzen». Dürck «Ueber Beri-Beri». Neisser «Individualität und Psychose». Wimmer «Mechanik der Entwickelung der tierischen Lebewesen»)

Für die 13 naturwissenschaftlichen und 17 medizinischen Abteilungen sind ausser den Sektionssitzungen auch mehrere gemeinsame Sitzungen verschiedener Abteilungen in Aussicht genommen. Ausser dem reichen wissenschaftlichen Programme erwartet die Teilnehmer an der diesjährigen Versammlung im schönen Meran noch manche anderweitige lockende Veranstaltung: so die zweimalige Aufführung des Volksspieles «Andreas Hofer» (24. Sept. u. 1. Okt.), ein Festabend mit Bergbeleuchtung (28. Sept.), Ausflüge in die herrliche Umgegend Merans (30 Sept.) u. dergl. m.

Die der Versammlung vorausgehende fünfte ärztliche Studienreise (10.—22. Sept.) gilt den Kurorten des Salzkammergutes und Tirols (von Gmunden bis Bozen), eine Tour von seltner Schönheit!

Die 10. Jahresversammlung des Vereins abstinenter Aerzte findet wegen des 10. internationalen Kongresses gegen den Alkoholismus in Budapest diesmal nicht wie üblich zur Zeit und am Ort der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, sondern in Wien am 10. September c. statt. B.

Epidemiologisches.

— An Cerebrospinalmeningitis sind im Russischen Reiche im Laufe des Mai-Monats 69 Personen erkrankt, davon 35 in Finnland, 15 im Petrikauschen Gouvernement, 2 in Odessa. Im Juni sind aus Odessa 2 Fälle gemeldet worden.

— Ein allmähliges Erlöschen der Genickstarre lässt sich in Preussen, wo die Epidemie schon über ein halbes Jahr herrscht, konstatieren.

3000 Erkrankungen an epidemischer Genickstarre sind seit dem Beginn der Epidemie bis jetzt in Preussen zur Anzeige gebracht. Von diesen kommen 2726 auf die Provinz Schlesien, der kleine Rest von 274 auf die übrigen Provinzen. Gestorben sind in der Monarchie bis jetzt daran 1584 Kranke, davon 1457 in Schlesien. Die Sterblichkeit beträgt somit in Preussen 62,8, in Schlesien 53,5, ausserhalb Schlesiens 46,5 v. H. In der letzten Berichtswoche vom 19. (6.) bis zum 27. (14.) Juni hat die Epidemie im Regierungsbezirk Oppeln zwar wieder etwas zugenommen. Die Zahl der Erkrankungen ist gegen die Vorwoche von 60 auf 66 gestiegen, dagegen ist die Zahl der Todesfälle von 66 auf 65 gefallen. Die Wochen vom 22. (9.) Mai bis 27. (14.) Juni zeigen eine absteigende Bewegung. Erkrankt sind von Woche zu Woche 125, 93, 77, 60, 66. Todesfälle gab es 111, 78, 71, 66, 65. In den letzten vier Wochen ist die Krankheit um etwa die Hälfte zurückgegangen.

— Auf Anordnung der St. Petersburger Stadtverwaltung werden in nächster Zeit Stationen zur Impfung gegen die Cholera an sechs Punkten der Residenz eröffnet werden. Diese Impfstationen sind auf Initiative des Präses der städtischen Sanitätskommission A. N. Oppenheim von dem Professor des Instituts für Experimentalmedizin D. K. Sabolotny organisiert worden. Zu den Schutzimpfungen hat Dr. N. M. Berestnew Serum für 6000 Personen hergestellt. Die Schutzimpfungen gegen Cholera werden ausgeführt von den Aerzten: K. K. Skrobanski (Privatdozent der Kaiserlichen Militär-Medizinischen Akademie) und L. A. Jegunow (Assistent Professor Ssirotinins). Die Impfstationen befinden sich in den städtischen Ambulatorien und werden für das Publikum an folgenden Tagen geöffnet sein: die Spasso-Kasansche (Katharinenkanal Nr. 65) — jeden Dienstag und Freitag von 12 bis 1 Uhr nachmittags; die Wiborger (Babrin Nr. 7) — Mittwoch und Sonntag von 12 bis 1 Uhr nachmittags; die Wassili-Ostrowsche (10. Linie, Nr. 39) — Dienstag

Digitized by Google

und Freitag von 2 bis 3 Uhr nachmittags; die Moskauer (Borowaja Nr. 19) — Montag und Donnerstag von 2 bis 3 Uhr nachmittags, und die Kolomnasche (Ssadowaja Nr. 109) — Mittwoch und Sonnabend von 2 bis 3 Uhr nachmittags.

Verschiedene Mitteilungen.

— Vom Medizinalrat ist zur Durchsicht des veralteten Kodex der gerichtlichen Medizin eine Kommission niedergesetzt worden, welche aus dem gelehrten Sekretär des Medizinalrats Prof. Dr. N. Iwanowski (als Vorsitzendem), dem Professor der gerichtlichen Medizin Dr. Kossorotow und den Mitgliedern des Medizinalrats Prof. Dr. Schidlowski und dem Juristen Pljuschtschewski-Pljuschtschik besteht.

— Die von der französischen chirurgischen Gesellschaft zur Prüfung des von Dr. Doyen hergestellten Antikrebsserums niedergesetzte Kommission soll, wie aus Paris telegraphiert wird, dieses Serum für vollständig wirkungslos erklärt haben.
Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. Juni d. J. 9213 (2 mehr als in d. Vorw.), darunter 609 Typhus — (42 wen.). 798 Syphilis — (13 mehr), 259 Scharlach — (9 wen.), 113 Diphtherie — (21 mehr), 84 Masern — (16 mehr) und 29 Pockenkranke — (7 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. bis zum 25. Juni 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
563	422	985	304	137	188	25	8	31	68	46	59	43	38	27	6	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 40, Scharlach 14, Diphtherie 7, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 3, Grippe 12, Katarrhalische Lungenentzündung 88, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberkulose der Lungen 75, Tuberkulose anderer Organe 31, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungskanals 312, Totgeborene 37.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

RONCEGNO
Natürliche Arsen-Eisenquelle
bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.
Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria mit ihren Folgezuständen, Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.
Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—5.
Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.
Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.
Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.
Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.
Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

Dr. Schuster,
praktischer Arzt und Inhaber eines Kurhauses.
(Indiv. kurgem. Diät.)
BAD NAUHEIM.

Hôtel und Pension
Hammerand
WIEN, VIII.
Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien.
Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. Illustrierte Prospekte.
Friedrichroda i. Thür.

HEFE-SEIFEN
nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.
George Heyer & Co., Hamburg 4.

Tannalbin (Knoll)
Erprobtes Antidiarrhoicum, geschmacklos, stört Appetit und Verdauung in keiner Weise; erhältlich in Pulver und Tabletten.

Triferrin (Knoll)
p-Nucleins. Eisen.
Enthält organ. Phosphor, steigert den Haemoglobingehalt d. Blutes u. wird vom schwächsten Magen vertragen.

Literatur und Proben kostenlos!
KNOLL & C° ✱ LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.
J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.
Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.
Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.

Digitized by Google

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche“

à 0,5 gr bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Thigenol „Roche“

Synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organ. gebundenem Schwefel.

Braune, dicksyrupöse, geruch- u. geschmacklose, ungiftige Flüssigkeit.

Vorteile: *Gegenüber dem Ichthyol und seinen sonstigen Surrogaten:* Leicht resorbierbar, wirkt nicht reizend, sondern milde, juckreiz- und schmerzlindernd, lässt sich leicht mit Wasser abwaschen und fleckt nicht die Wäsche.

Indikationen: und Verordnung: *Ekzem,* rein oder 20% Salbe (sofortige Abnahme des Jukkens, des Nässens und der Infiltration); *Pruritus* und *Urticaria* (sofortige juckstillende Wirkung); parasitäre Dermatosen wie: *Scabies* (Einreibung mit grüner Seife, nach 1 Stunde Bad, vollständige Einreibung mit Thigenolum purum, abends 2. Thigenoleinreibung. In 2 Tagen Heilung); *Favus* etc.; *Akne;* gynäkologischen Affektionen wie: *Endo-, Para-* und *Perimetritis, Beckenexsudate,* als 10—20% Thigenolvaginaltampons oder Suppositorien à 0,30; *Rheumatismus* (Einreibungen mit Thigenol, Chloroform āā 10,0, Spir. camphor 40,0); *Erysipel* (pur oder 10% Salbe) *Ohrenkrankheiten* (als 10—20% Spiritus); *Fissura ani, Haemorrhoiden* etc.

Alleinige Fabrikanten:
F. Hoffmann-LaRoche & Cie., Fabrik chem.-pharm. Produkte.
Basel (Schweiz) ⁜ *Grenzach* (Baden).
Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Digalen

[Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate. Eisen- u. Bromprotylin „Roche“.

Arsylin „Roche“

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Sulfosotsyrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Airol „Roche“

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche“

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss. reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Bromipin. *Ausgezeichneter Ersatz für Bromalkalien — besonders wertvoll in der Frauen- und Kinderpraxis. — Bromipin kann unbedenklich in grösseren Dosen gegeben werden.*

(12) 13—12.

Dionin. *Ein mildes, relativ ungiftiges, in Wasser leicht lösliches Morphinderivat von hervorragender schmerz- und hustenstillender Wirkung. Ist in allen Fällen als Ersatzmittel für Morphium und Codeïn mit Nutzen zu verwenden.*

Jodipin. *Der beste Ersatz für Jodalkalien. Anerkannte Mittel bei Lues, Bronchitis, Arteriosklerose, Skrophulose, Tuberkulosis incipiens, sowie in allen anderen Fällen, in denen Jodpräparate indiziert sind.*

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства.

Совершенно не раздражаетъ. Охотно принимается. Хорошо усваивается. Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

Originalprodukte „Heyden"

von uns in die Medizin eingeführt:

Salicylsäure, salicylsaures Natrium, salicylsaures Wismut, Salol, Creosotal, Duotal, Xeroform, Orphol, Solveol, Itrol, Collargol, Acoin etc.

Neu: Salocreol und Salit, zur äusserlichen Behandlung rheumatischer und neuralgischer Erkrankungen. **Salit** ausserordentlich billig; **Salocreol** noch von spezieller Wirkung bei Erysipelas faciei, Lymphadenitiden und skrofulösen Drüsenanschwellungen.

Neu: Calodal, leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur subkutanen, ganz besonders aber auch zur rektalen Ernährung und zur Darreichung per os als Kraftnährmittel.

Wir fabrizieren in bester Qualität ***Acetylsalicylsäure,*** in Substanz und als leicht zerfallende Tabletten, **Guajacol,** cryst. und liquid., **Benzonaphtol, Phenacetin, Lactophenin, Hexamethylentetramin, Diacetylmorphinum hydrochlor.** etc.

Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (21) 10—7.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

KÖNIGLICHES BAD OEYNHAUSEN

Sommer- und Winterkurort.

Station der Linien Berlin-Köln und Löhne-Hildesheim. Naturwarme, kohlensaure Thermalbäder, Solbäder, Sol-Inhalatorium, Medico-mechanisches Zander-Institut, Röntgenkammer, Molken- und Milchkuranstalt. Prospekte und Beschreibung übersendet frei die

(79) 6—5. Königliche Badeverwaltung.

SASSNITZ.

Ostseebad auf Rügen. Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die Bade-Direktion.

Dr. Emmerich's Heilanstalt

für Nerven-, Morphium-, Alkohol- etc. Kranke

Gegründet 1890 **B.-Baden** Gegründet 1890

Mildeste Form der Morphium-Entziehung ohne Zwang und Qualen unter sofortigem Wegfall der Spritze in 4—6 Wochen. Prospekte kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen.)

Bes. u. dirig. Arzt Dr. Arthur Meyer. 2 Aerzte.

BERLINER DOCENTENVEREIN FÜR ÆRZTLICHE FERIENKURSE.

Der nächste Cyklus des Berliner Docentenvereins für ärztliche Ferienkurse beginnt am **2. Oktober 1905** und dauert bis zum **28. Oktober 1905.**

Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und Auskunft erteilt Herr **Melzer** (Berlin), Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

(82) 2—2. Prof. Dr. **J. Hirschberg,** Geh. Med.-Rat, Vorsitzender.

Natürliche Mineralwässer KISSINGEN

Rakoczy, Pandur, Bitterwasser — eisenhaltige Kochsalzquelle, weltbekannt bei Stoffwechselkrankheiten und Cirkul.-Störungen ......

Maxbrunnen — diätetische Tafelwasser mit diuretischer Wirkung.

Bockleter Stahlbrunnen — phosphorarsenhaltig, unübertroffen bei Anämie . . .

Kissinger Badesalz — zu Kissinger Bädern im Haus ....

Aerzte erhalten Vorzugsbedingungen sowie Proben kostenfrei. Ueberall erhältlich, sowie durch direkten Bezug

(71) 6—6. Verwaltung der k. Mineralbäder Kissingen & Bocklet.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

(62) 17—5.

VICHY

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 6 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Minna Rieser, geb. Franke. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Дозв. ценз. Спб., 8 Іюля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

AUG 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 28 St. Petersburg, den 16. (29.) Juli. 1905.

Inhalt: Dr. S. Kröger: Ueber einen geheilten Fall von schwerer Anaemie. — Dr. Erich Matzner: Experimentelle und klinische Untersuchungen über Haemoglobin «Poehl». — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — XXII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Der XVII. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte findet vom 10.—12. Aug. a. c. in Arensburg statt. Kollegen, welche Vorträge zu halten wünschen, werden gebeten, dieselben spätestens bis zum 20. Juli c. beim Unterzeichneten anzumelden und die Manuskripte in druckfertigem Zustande zum Aerztetage mitzubringen.

Dr. C. Ströhmberg,
d. Z. Vizepräses der Gesellsch. livl. Aerzte.

Ueber einen geheilten Fall von schwerer Anaemie.

(Vortrag, gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga am 19. Mai 1904).

Von

Dr. S. Kröger jun.

M. H. Ich erlaube mir Ihnen eine Frau vorzustellen, deren heutiges blühendes Aussehen keinerlei Spuren mehr von dem schweren Leiden verrät, das noch vor $3^1/_2$ Monaten in rapidem Fortschreiten ihr Leben schwer bedrohte.

Louise Graf, 33 a. n., Bäuerin aus Sessau in Kurland. Masern als 7-jähriges Kind, sonst keine Infektionskrankheiten. Seit dem 10. Jahre viel an Nasenbluten gelitten. Mit 16 Jahren menstruiert, damit das Nasenbluten verloren. In der Zeit etwa 3 Jahre lang eine wahrscheinlich tuberkulöse Lymphdrüse hinter dem linken Ohr gehabt, die weiter nach unten wuchs, erweichte, platzte, und eine eitrige Flüssigkeit ergoss; danach völlige Heilung. Pat. erfreute sich stets eines völligen Wohlbefindens und eines so rosigen Wangenkolorits, dass sie dadurch häufigen Neckereien ausgesetzt war. Mit 22 J. verheiratet, hat sie 2 mal ohne Komplikationen geboren, zuletzt vor 5 Jahren. Seit der Verheiratung viel Kränkungen von seiten der Verwandten des Mannes, die im selben Hause wohnten. Wegen Gemütsbewegung häufig tagelang nichts gegessen. Seit dem Frühjahr 1902 Verschlechterung des Aussehens, blassere Hautfarbe, zunehmende Muskelschwäche, die Pat. dadurch zum Bewusstsein kam, dass sie Gegenstände, die ihr als leicht bekannt waren, nur mit Mühe heben konnte. Im Frühjahr 1903 änderten sich die Familienverhältnisse zu ihren Gunsten — die Verwandten zogen fort, aber der krankhafte Zustand war mittlerweise stationär geworden. Im Sommer nahm die allgemeine Schwäche zu, fast täglich Erbrechen und Kopfschmerzen. Im November wurde Pat. bettlägerig, konnte nur wenige Schritte machen, tgl. Erbrechen, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Oedeme der Unterschenkel und Fussblätter, Vertaubung in den Füssen, Gefühl von Ameisenkriechen. Auf ärztliche Verordnung die ganze Zeit bis jetzt Pillen gebraucht (Eisen, abwechselnd mit Arsen und Chinin). Der Zustand wurde immer schlechter, so dass seit Weihnachten das Gehen unmöglich wurde. Pat. wurde Anfang Januar in einer Mitauer Privatklinik untergebracht wo sie einen Monat ohne Erfolg behandelt wurde. Die Periode ist die ganze Zeit hindurch regelmässig gewesen, ebenso der Stuhlgang. Keine Helminthen, keine abnormen Stuhl-Verfärbungen; Sehstörungen nur beim Sehen in der Nähe: kein subjektives Fiebergefühl.

1904, 3. Februar. Status praesens: Pat. wird zur Untersuchung hereingetragen, da sie selbst nicht zu gehen vermag. Leidliche Entwicklung des Fettpolsters, schlaffe, reduzierte Muskulatur, kolossale Blässe der Haut und sichtbaren Schleimhäute: die Conjunctivae bulbi z. B. bieten einen Anblick, der an gelbliches Fett erinnert, ohne jede Spur einer Vaskularisation, ebenso ist das Zahnfleisch von gelblich weissem Kolorit, ohne jede Andeutung einer Rötung. Das Gesicht leicht gedunsen, deutliche Oedeme der Fussblätter und Unterschenkel, keine Drüsen, Pupillen weit, von träger Reaktion, Patellarrefl. vorhanden. In der Motilität äussert sich eine allgemeine Schwäche, keinerlei lokalisierte Paresen. Sensibilität scheint im ganzen normal. Druckempf. der Tibien und des Sternum nicht besonders ausgesprochen, das Herz überragt nach links etwas die Mamillarlinie; fühlbarer, breiter Ictus im fünften I. C. R. Reine Töne, keine Geräusche, Puls 96, tiefe beschleunigte Respiration, sonst normaler Lungenbefund, Leber nicht palpabel, Milzdämpfung bis zum Rippenbogen vergrössert. Milz palpabel, weich, mit scharfem Rande. Harn: etwas trübe, dunkelgelb, nach dem Kochen leichte Trübung.

Pat. wird in die Station aufgenommen.

5. Februar. Untersuchung von Blut und Stuhl von Dr. O. Klemm ausgeführt. Blut: hellrot. Hämoglobin: 47 (Gowers); Trockenpräparat: Geringe Mengen roter Blutkörperchen, die poikilocytisch und von verschiedener Grösse sind. Einzelne Megalocyten, keine kernhaltigen roten Blutkörperchen. Schwache Färbung derselben. Sehr wenig Leukocyten (spricht für essentielle Anämie), und zwar gleichviel Lympho- und Leukocyten, keine eosinophilen. Spektroskop: Oxyhämoglob. in norm. Grenzen. Im Stuhle keine Helmintheneier, keine Blutbestandteile. Blutdiagnose: perniciöse Anämie (?).

Nachdem das Fahnden auf Helmintheneier negativ ausgefallen, wird dem Manne der Pat. eine ungünstige Prognose eröffnet. Auf seinen Wunsch verbleibt Pat. jedoch in Behandlung, weil, wie er sagte, mit der Heimkehr die letzte Hoffnung auf Genesung zu Grabe getragen würde; diese aber wolle er ihr nicht rauben, auch wenn sie zu Grunde gehen müsse.

Am 8. Februar wird mit morgens und abends auszuführenden Teilabreibungen des Körpers begonnen. Die Wassertemperatur anfangs 26° R., sollte mit jedem Male einen halben Grad kälter werden: zugleich werden Pillen von Ferrum reductum, As. und Chinin verordnet. Zweistündliche kleine Mahlzeiten. Einschränkung von Flüssigkeit in Anbetracht der beständigen Brechneigung.

Digitized by Google

12. Februar. Pat. fühlt sich etwas frischer, die Abreibungen werden als sehr angenehm empfunden; die zweistündlichen Mahlzeiten z. T. vertragen, selten, meist abends aber erbrochen. Grosse Schwäche beim Bewegen des Körpers. Starke Obstipation, die nur durch Klystiere und Darreichung von Rhabarber beeinflusst wird.

13. Februar. Starkes Nasenbluten (über $^1/_2$ Bierglas). Temp. gesunken. Subjektiv zunehmende Kräfte, keine Kopfschmerzen, selten Brechneigungen. Objektiv keine Veränderung nachweisbar.

17. Februar. Die Temperatur, die sich einige Tage niedriger gehalten, steigt wieder an. Abreibungen von 18°. Die Conjunctivae bulbi bieten Andeutungen einer Vaskularisation.

26. Februar. Ausser den Pillen wird Sol. Fowl. in steigenden Gaben verabreicht. Subjektiv besteht das Gefühl zunehmender Besserung, objektiv keine wesentliche Veränderung. Die Parästhesien in den Beinen haben sich ganz verloren. Nahrungsaufnahme befriedigend, Abreibungen von 12°.

1. März. Temperatur 39,3. Nach Verbrauch von 60 Pillen Ferr. red. + As und Chinin wird auf Pill. Blaudii mit gleichzeitiger Darreichung von Sol. Fowl. und Chinin. muriat. (zu 0,06 3 mal täglich) übergegangen.

11. März. Starkes Nasenbluten (ca. $^1/_2$ Bierglas) mit nachfolgendem Temperatur-Abfall. Wohlbefinden.

15. März. Deutliche Vaskularisation der Konjunktiven, leichte Rötung der Wangen und Hände. Zahnfleisch noch recht blass. Guter Appetit. Abreibungen 8°.

17. März. Milz weniger deutlich palpabel. Von einer ophthalmoskopischen Untersuchung war bisher aus äusseren Rücksichten Abstand genommen worden. In Berücksichtigung der nunmehr deutlichen Besserung wird diese diagnostische Lücke als fühlbare empfunden. Dr. v. Krüdener macht die diesbezügliche Untersuchung.

Rechts: Der Sehnerv sehr blass, aber keine Spur von Atrophie. Die Netzhautgefässe zeigen durchweg, besonders in der Nähe der Papille leichte Wandtrübungen, die Blutsäule verschmälert, die Netzhaut nach aussen von der Papille und in der Makulagegend leicht verschleiert. Blutungen nirgends nachzuweisen. Links derselbe Befund, nur hochgradiger entwickelt; hier ist das Netzhautareal des hintern Pols diffus trübe und der ganze Augenhintergrund hat einen leicht gelblichen Farbenton. Blutung nirgends nachzuweisen.

25. März. Blutuntersuchung von Dr. O. Klemm:

Blut: von annähernd norm. Farbe.
Hämoglobin: 85 (Gowers).
Zahl der roten Blutkörperchen noch etwas vermindert, dieselben jedoch von normaler Form und Beschaffenheit. (Trockenpräparat).

4. April. Stetig zunehmende Besserung, Pat. steht auf. Grosse Schwäche der Beine bei sonstigem Wohlbefinden.

7. April. Zum erstenmal Eintritt der Periode. Am 8. April Periode geschwunden. Blühendes Aussehen. Pat. sitzt täglich fast eine Stunde am Fenster. 16. April. Das Gehen macht langsam Fortschritte. Schmerzen in den Waden. Ermüdungsgefühl zwischen den Schulterblättern. Täglich Massage verordnet. Bei derselben grosse Empfindlichkeit der Waden und Rückenmuskeln. 3. Mai. Völliges Wohlbefinden. Sehr starker Appetit. Keine Schmerzen in den Beinen, Rücken kräftiger. Conjunctivae deutlich rot, stark vaskularisiert. Auf den Wangen zeigen sich kleine, strichförmige Teleangiektasien; gerötete Hände. Milz nicht palpabel, kleine Dämpfung. Pat. geht mehr umher, liegt wenig.

7. Mai. Gestern Periode begonnen, heute aufgehört.

8. Mai. Halbbad 22°. Nach vorheriger kurzer Erwärmung durch eine Douche von 28° wird gut vertragen. Pat. ermüdet nicht beim Treppensteigen. Nach 16-maliger Massage finden sich nirgend mehr empfindliche Partien — sie wird daher fortgelassen. Pat. nimmt jetzt Halbbäder von 20° ohne vorhergehende Erwärmung — Reaktion tadellos.

Letzte Blutuntersuchung von Dr. O. Klemm:

Rote Blutkörperchen. . .	4.111.000.
Weisse » . . .	8400.
Spez. Gewicht	1.061.
Hämogl.	105.
Trockensubstanz	18.7 pCt.

M. H.! Der soeben vorgeführte Fall bietet in anamnestischer und rein klinischer Hinsicht ein Bild, wie wir es nur bei der progr. perniciösen Anämie kennen. Andererseits lassen die Untersuchungen des Blutes, wie des Augenhintergrundes trotz deutlicher Symptome einer schweren Anämie dennoch gewisse charakteristische Merkmale ersterer Krankheit vermissen. Dies sind bei der Blutuntersuchung die grossen kernhaltigen Zellen, die sog. Megaloblasten: bei der ophthalmosk. Prüfung die Retinalblutungen, die beide hier nicht nachweisbar waren; dazu kommt, dass sich die erste Blutuntersuchung nur auf die Hb-Bestimmung und die mikroskopische Untersuchung zweier Ausstrich-Präparate beschränkte. Eine genauere Zählung der Blutkörper ist leider unterblieben, sodass auch dadurch ein diagnostisch nicht unwichtiges Moment, nämlich die Beziehungen des Hb-Gehaltes zur Verminderung der roten Blutkörperchen, in Wegfall kommt.

Aus diesem Gesichtpunkte ist die Diagnose einer pernic. Anämie im Sinne der Autoren für vorliegenden Fall nicht zu stellen. Von den Krankheiten, die differentialdiagnostisch in Betracht kämen, wären folgende zu berücksichtigen.

1. Die einfache, sekundäre Anämie. Von den für eine solche als ätiologisch geltenden Momenten wie: Infektionskrankheiten, Tumoren, inneren Blutungen, Helminthiasis, chronischen Vergiftungen, lassen sich hier keine eruieren. Allenfalls könnte eine durch die Gemütsdepression bedingte Ernährungs- resp. Verdauungsstörung mit konsekutiver toxischer Wirkung auf den Organismus in Frage kommen; doch gilt letzteres Moment ebenso als begünstigend für das Zustandekommen essentieller Anämien: wie der pernic. A. und der Chlorose. Ferner gilt trotz vorhandener Widersprüche in der Literatur das Vorkommen von vergrösserten, wenn auch kernlosen, roten Blutkörperchen, wie sie in unserem Falle vorlagen, als Gegenbeweis für eine einfache Anämie.

2. Die Chlorose. Gegen eine solche spricht das Alter der Pat., ferner die andauernde Temperatursteigerung, die Schwere der Allgemeinerkrankung. Oder aber, es wäre bei einer so schweren Form der Chlorose ein weit niedrigerer Hb.-Gehalt zu erwarten.

3. Wäre an eine Anämia splenica, wie sie zuerst von Strümpell in den 70er Jahren beschrieben und von der pernic. An. abgesondert wurde, in Anbetracht der Temperaturen und einer Milzvergrösserung zu denken. Hier würde die Temperatursteigerung allerdings zu diesem Krankheitsbilde passen, doch bietet die einschlägige Literatur durchgängig Angaben über weit grössere und meist derbere Milztumoren, als ein solcher hier vorlag. Ausserdem gilt als Charakteristikum für die lienale Anämie die öfters sich wiederholenden spontanen Intermissionen resp. Heilungen des Zustandes, abwechselnd mit früherer oder späterer Exacerbation. Diese sog. anämischen Anfälle wiederholen sich oft jahrelang, bis der Exitus erfolgt. Auch hierfür fehlen für uns alle Anhaltspunkte.

Aus diesen Auseinandersetzungen geht hervor, dass von einer präzisierten, einwandfreien Diagnose in unserem Falle keine Rede sein könne, und wir uns nur mit der Feststellung einer Anämia gravis zu bescheiden haben.

Rein klinisch genommen, scheint der Fall doch noch am ehesten ins Kapitel der progr. pernic. Anämie zu gehören. Denn einesteils zeichnete er sich durch eine unaufhaltsame Progredienz aus, anderenteils scheint es ausser allem Zweifel, dass er unter gewöhnlichen Bedingungen zum Exitus geführt, also sich als pernic. im wahren Sinne ausgewiesen hätte.

Schliesslich mus es ja auch a priori einleuchten, dass ein Fall aus einer pernic. Krankheitsspezies, der aber in Heilung übergeht, sich nicht in allen Stücken mit den gewöhnlichen Fällen, die zum Tode führen, decken kann; es ist daher anzunehmen, dass es bei der pernic. Anämie, von der ja Heilungen berichtet werden, Fälle gebe, die gewissermassen nur als relativ pernic., nach der anderen Seite aber als relativ heilbar gelten müssen. In dem von A. Lazarus (Nothnagel Hdb. Bd. VIII) zitierten Falle Hayem's waren auch nie Megaloblasten, sondern

Google

nur Megalocyten im Blute gefunden worden. Lazarus bezeichnet diesen Fall als das einzige Beispiel aus der gesamten Literatur für eine dauernde Heilung dieser Krankheit.

Indem ich die Frage nach einer spezifizierten Diagnose offen lassen muss, wende ich mich einer noch wichtigeren der Therapie zu.

Wie ich aus mir später zugegangenen Rezepten habe ersehen können, hatte Pat. von November v. J. bis zu ihrer Aufnahme — also ca. 3 Monate lang — ununterbrochen Fe-Pillen, teils mit As, teils Chinin kombiniert, gebraucht. Trotzdem hatte sich ihr Zustand gradatim verschlimmert.

Der unter meiner Beobachtung gleichfalls die ganze Zeit hindurch fortgesetzte Fe-As-Gebrauch kann daher nicht als entscheidend für den Umschwung im Zustande der Pat. angesprochen werden, obgleich ein grosser sekundärer Einfluss gewiss nicht fortgedacht werden kann. Viel wichtiger scheint aber ein Heilfaktor, der Pat. in dieser Zeit zum erstenmal geboten wurde, d. i. die Wasseranwendung in Form 2 mal täglich vorgenommener kalter Abreibungen.

Es ist eine leider viel zu wenig berücksichtigte, durch die Arbeiten von Winternitz, Strasser, Rovighi aber wissenschaftlich feststehende Tatsache, dass kurze, kräftige, mechanische und thermische Reize, wenn diese von einer entsprechenden Reaktion gefolgt sind, eine bedeutende Vermehrung der roten Blutk., des Hb-Gehaltes und des spez. Gew. des Blutes bewirken. Es ist ferner eine Tatsache, dass durch mechanische und thermische Reize nicht nur die Zirkulation, die Hauttätigkeit, die Respiration, sondern der gesamte Stoffwechsel mächtig angeregt wird.

Ich zitiere in folgendem die Ausführungen Buxbaums, der sich auf S. 289 seines Lehrbuches für Hydrotherapie anlässlich der Chlorosebehandlung folgendermassen auslässt:

«Wenn die hydriatischen Prozeduren nichts anderes bewirken würden, als dem lebenden Körper Wärme zu entziehen, wie dies von vielen Seiten noch immer behauptet wird, so wären diese gerade bei Chlorose, wo es sich darum handelt, den Körper vor übermässigem Wärmeverlust zu schützen, kontraindiziert. Wir wissen jedoch, dass wir dem Wärmeverlust, der mit thermischen Reizen verbunden ist, durch eine vor der kalten Applikation vorgenommene Erwärmung vorbeugen können, wir wissen aber auch aus unseren Erfahrungen, aus den Ergebnissen exakter wissenschaftlicher Untersuchungen, dass wir durch mechanische und thermische Reize die Innervation bessern, den Tonus in den Gefässen und Geweben erhöhen, die Zirkulation kräftigen, den respiratorischen Stoffwechsel begünstigen, eine bessere Nahrungsaufnahme ermöglichen, eine günstigere Ausnützung derselben bewirken können. Das sind wichtige Momente, auf die wir bei der Therapie der Chlorose ein grosses Gewicht legen müssen; ist es doch bekannt, dass all die genannten Funktionen sowohl bei der Chlorose als auch bei den verschiedenen Anämieformen arg darniederliegen und unsere besondere Aufmerksamkeit auf dieselbe gelenkt wird.

Von ganz besonderer Wichtigkeit jedoch und mit ganz besonderer Betonung muss der Umstand hervorgehoben werden, dass wir mit hydriatischen Prozeduren auf die Blutbereitung und Blutverteilung eine solche Wirkung ausüben können, wie sie gerade für eine grosse Anzahl von Chlorosen und Anämien von unnennbarem Werte sind».

Es kann nicht genugsam betont werden, dass wir gerade in der kurzen Applikation eines Kältereizes ein Mittel besitzen, um von der Haut aus auf reflektorischem Wege die Zentralorgane zu erhöhter Tätigkeit anzuregen; der ärztlichen Kunst fällt nur die Aufgabe zu, diesen Kältereiz zu applizieren, resp. zu dosieren, dass er ohne Schaden für den Patienten seine Wirkungen entfalten kann. Nach meinen Erfahrungen bewährt sich am besten der Modus: je nach Massgabe des Kräftezustandes, resp. der Reaktionsfähigkeit des Pat. mit einer mehr oder weniger indifferenten Temperatur zu beginnen und diese von Mal zu Mal zu erniedrigen, bis eben der Organismus es gelernt hat, auf den sonst überstarken Reiz in zwangloser Weise zu reagieren.

Ich habe diese Methode vielfach auch bei schwerer Chlorose mit gutem Erfolge ausführen lassen.

Auch sämtliche andere bei der Behandlung der Anämien bewährten Heilverfahren haben nach der neuesten Auffassung eine analoge Wirkung speziell auf die blutbereitenden Organe. So hat von Noorden für das Fe, Bettmann für das As, beide gestützt auf Experimente, den Satz aufgestellt, dass diese Stoffe nur als Reize für die hämatopoietischen Organe, d. h. die Blutkörperchen-Bildung anregend wirkten. In demselben Sinne anregend auf die blutbildenden Zentralorgane wirken alle anämisierenden Einflüsse selbst (Lazarus, pag. 157). Ich erinnere nur an die bei Anämien vielfach mit grossem Erfolge effektuirten Aderlässe.

Ich möchte an dieser Stelle auf ein in meinem Falle mehrere Male beobachtetes Phänomen aufmerksam machen. Es ist dies die sichtlich segensreiche Wirkung der spontanen Blutverluste durch die Nase. Beide Male sehen wir einen deutlichen Temp.-Abfall und eine sofort eintretende, bestehenbleibende Besserung des Allgemeinbefindens.

Welchen von den hier in Betracht kommenden Heilfaktoren, zu denen ja auch die zweckmässige Ernährung zu zählen wäre, der Hauptanteil am Endeffekt zukommt, ist schwer zu sagen. Man muss annehmen, dass jeder sein Teil dazu beigetragen; speziell für die Wasserwirkung möchte ich jedoch einen bedeutsamen Faktor, nämlich die jedesmalige Hebung des subjektiven Wohlbefindens, den Einfluss auf die Temperatur und auf den Appetit resp. die Aufnahmefähigkeit für Nahrung allein in Anspruch nehmen.

Die Wasserbehandlung hat den übrigen Heilfaktoren gewissermassen erst die Wege geebnet, um ihre segensreichen Wirkungen entfalten zu können. Es ist sehr zu bedauern, dass die grossen Lehrbücher dieses wichtige Heilmittel so stiefmütterlich behandeln. So erwähnt Lazarus in seiner zitierten Abhdl. über Anämie der Hydrotherapie mit keiner Silbe. Auch Eichhorst beschränkt sich bei der Besprechung der Chlorose darauf, vorsichtige Abhärtungen durch Bäder zu empfehlen, während doch das Wesen der Wasserwirkung von weit einschneidenderer und tieferer Bedeutung ist.

Was die Prognose des Falles anbelangt, so ist sie immerhin mit Vorsicht zu stellen; denn noch spät sind verhängnisvolle Rezidive beobachtet worden. Lazarus kennt nur einen Fall (den Hayemschen), der 5 Jahre nach der Heilung am Leben blieb. Alle übrigen sind über kurz oder lang einem Rezidiv erlegen.

Wenn ich die Krankengeschichte meines Falles überblicke, in der sich eine von Woche zu Woche nach allen Richtungen hin langsam aber stetig vollziehende Besserung dokumentiert, so glaube ich der Hoffnung Raum geben zu dürfen, dass die bisher eingeschlagene Therapie bei pflichtgetreuer, womöglich ununterbrochener weiterer Durchführung auch noch weitere Hebung des Gesundheitszustandes anbahnen und eine Rückkehr zum Status quo ante werde verhindern können.

Digitized by Google

Experimentelle und klinische Untersuchungen über Haemoglobin «Poehl».

Von
Dr. Erich Matzner.

(Schluss.)

Während somit die Elimination des Eisens durch die Niere als äusserst geringfügig bezeichnet werden muss, ist die

3. Ausscheidung durch den Dickdarm

von bedeutender Mächtigkeit. Bereits in der Submucosa begegnen wir bei Tieren, welche mit Haemoglobin «Poehl» gefüttert wurden, ganze Plaques dicht mit Eisen beladener Transportzellen, welche Fe sowohl in Form kleinerer und grösserer Schollen führen, als auch dasselbe, wie die diffuse Grünfärbung der ganzen Zelle beweisst, in feinster, das Zellplasma durchdringender Form enthalten. Von hier steigen diese Zellen in dem zwischen die pallisadenartig angeordneten tubulösen Dickdarmdrüsen eingeschalteten fibrillären Bindegewebe empor, und scheinen, wenn ich dies auch direkt nicht beobachten konnte, durch die zwischen den Epithelien gelegenen Stomata in das Lumen des Colons auszuwandern. Wenn es an sich schon auffallend und unwahrscheinlich ist, dass, nachdem die Eisenresorption im Dünndarm bereits vollständig aufgehört hat, sich im Dickdarm dieser Vorgang nochmals und zwar mit bedeutender Intensität wiederholen sollte, so spricht auch die Anordnung der Fe-tragenden Zellen, welche in beiden Fällen eine ganz verschiedene ist, entschieden gegen die Deutung der Dickdarmbilder als Resorptionsvorgänge. Im Duodenum reichliche, in Resorption begriffene Zottenepithelien, besonders an den obersten Abschnitten derselben eisenbeladene Transportzellen im Inneren der Zotten, oben zu Haufen gelagert, nach unten zu vereinzelter werdend, — dort in der Submucosa und zwischen dem Grunde der Drüsen, dichte, schwarzgrüne Haufen von eisenhaltigen Zellen, oft dicke, unregelmässig begrenzte Plaques bildend, nach oben zu, immer im Bindegewebe zwischen den völlig eisenfreien Drüsen gelagert, eine schmälere Reihe einzelner dieser Zellen, oft bis zum Darmepithel vordringend, letzteres selbst nur in geringer In- und Extensität zuweilen mit schwarzen Körnchen durchsetzt: diese beiden Bilder, grundverschieden in der Anordnung der Transportzellen, legen auch eine verschiedene Deutung nahe, und bereits Quincke sprach deshalb diesen Vorgang im Dickdarm als einen Ausscheidungsprozess an. Um mir aber noch weitere Gewissheit zu verschaffen, stellte ich noch eine Reihe diesbezüglicher Untersuchungen an.

a) 3 Kaninchen, welche schon 5 Tage vorher nur Hafer als Nahrung erhalten hatten, bekamen durch 5 Tage Haemoglobin «Poehl»; hierauf wieder nur Hafer, und täglich mehrfache Reinigung des Stalles, um die Aufnahme eisenhaltiger Kotmassen zu verhindern; am 6. Tage nach Aussetzen mit der Eisendarreichung wurden die Tiere getötet: Magen und Duodenalepithelien gaben keine Reaktion, in einzelnen Zotten des oberen Duodenums, aber bei weitem geringer, als bei Tieren, welche bald nach der Fe-Medikation getötet wurden, einzelne eisenhaltige Transportzellen; das Colon giebt sehr starke Eisenreaktion, massenhafte Eisen führende Zellen im submucösen Bindewebe und in den intertubulösen Septen; desgleichen ziemlich reichliche, feinste, schwarze Körnchen enthaltende Dickdarmepithelien.

b) 4 Kaninchen erhielten subkutan in die Glutealgegend, und 2 Versuchstiere intravenös in die Jugularis eine feinste Emulsion Haemoglobin «Poehl» in sterilisierter physiolog. NaCl-Lösung injiciert; dabei reine Haferfütterung neben sorgfältiger Reinigung und täglichem Wechsel des Stalles; natürlich war ich mir bewusst, dass diese beiden Applikationsmethoden, bei der Unlöslichkeit des Pulvers, therapeutisch vollkommen unverwendbar sind, da man im ersteren Falle Abscessbildung, im letzteren das Auftreten von Embolien zu gewärtigen habe; zum physiolog. Experimente aber erweisen sich dieselben als vollkommen tauglich. In allen 6 Fällen erhielt ich die eklatantesten, bereits oben geschilderten Bilder der massenhaften Ausscheidung des Eisens durch den Dickdarm.

Allerdings findet man auch bei fast eisenfreier Nahrung eine geringe, beständige Ausscheidung des Metalles durch den Dickdarm, doch ist die Steigerung dieser Ausscheidung nach Fe-Gaben eine so gewaltige, das ganze Colon stets so intensiv dunkelgrün gefärbt, dass an einer raschen Wiederausfuhr des künstlich beigebrachten Eisens nicht zu zweifeln ist. «In welchem quantitativen Verhältnis aber diese gereichten und wieder ausgeschiedenen Eisenmengen zu einander stehen, welche Differenzen in dieser Beziehung bei normalen und krankhaften Blutverhältnissen bestehen, welche chemischen Verbindungen das Eisen auf seinem Wege durch den Organismus eingeht, diese und ähnliche Fragen bleiben noch in Fülle zu beantworten. Nur den Schluss dürfte man aus den bisherigen Untersuchungen ziehen können, dass das Metall nach seiner Resorption durch die Duodenalepithelien und bei seiner Ausscheidung durch das Colon mit einem Eiweisskörper gepaart ist, was sich stets aus der mehr weniger intensiven diffusen Grünfärbung der ganzen Transportzelle ergiebt».

Das sind die Worte Hoffmanns, eines der verdienstvollsten Forscher auf dem Gebiete der Eisenforschung aus dem Jahre 1898. Wenn uns auch jetzt noch eine grosse Reihe von Fragen unklar erscheint, so ist doch in den letzten 6 Jahren ein bedeutender Fortschritt in jeder Beziehung zu verzeichnen.

Die vorzüglichen quantitativen analytischen Arbeiten, auf deren genaue Darstellung einzugehen mich hier zu weit führen würde, eines Hammerschlag [68]), Jones [69]) und Touvenait [70]), haben uns beim nicht anaemischen Individuum gezeigt, dass pro 0.10 Fe nur 0.0012 unserer Untersuchung und Nachweisung sich entziehe, und dass die übrige Eisenmenge in ganz bestimmten perzentuellen Mengen, teils in den Organen deponiert, teils wieder ausgeschieden werde. Im weiteren Ausbaue der von Damaskin angegebenen Untersuchungsmethoden über den Nachweis des Harneisens im gesunden und kranken menschlichen Organismus ist es speziell nur für eine Reihe org. Eisenpraeparate den Beweis zu erbringen gelungen, dass das Verhältnis zwischen gereichter und wieder ausgeschiedener Eisenmenge beim gesunden Individuum ein anderes ist, als beim anaemischen oder chlorotischen, indem bei letzteren eine Fe-Retention im Organismus so lange stattfindet, bis normale Zustände der Blutbeschaffenheit wieder eingetreten sind. Anderseits war es in erster Linie von Noorden und Hoffmann, welche das Wesen der Chlorose in einer Schwäche der haematopoetischen Organe erkannten, und den Heilfaktor des Eisens in dem durch die eisenbeladenen Transportzellen auf das Knochenmark ausgeübten formativen Reiz verlegten, welcher die Medulla ossium zur erhöhten Regeneration fertiger kernloser Erythrocyten veranlassen.

---

[68]) Hammerschlag: Central. f. klin. Medicin, 1891, pag. 836.

[69]) Jones: On the causes of chlorosis. Brit. med. Journal. 1893, II, 670.

[70]) Touvenait: Organotherapie par l'ovair. Rev. internat. de Méd. et de chirurg. 10. Oct. 1896, pag. 361.

Digitized by Google

Ich gelange zum Schlusse der Ergebnisse meiner experimentellen Untersuchungen über Haemoglobin «Poehl». Wir haben in allen Stadien der Versuchsreihe — bei Resorption und Ausscheidung, bei Verhalten des Harneisenausscheidungscoefficienten, sowie bei den Untersuchungen über die Vorgänge im Knochenmark gesehen, dass das Poehl'sche Praeparat allen Anforderungen entspricht, die wir nach dem heutigen Stande unseres Wissens über Eisenwirkung an ein modernes Eisenpräparat zu stellen genötigt sind.

Nachdem es einerseits nicht im Rahmen dieser Zeitschrift liegt, ausführliche Krankengeschichten zu bringen, anderseits das Bild einer sich bessernden und zur Heilung gelangenden Anaemie oder Chlorosis jedem

A. Chlorosen.

	Name. Alter.	Erythrocyten-Anzahl.			Haemoglobin. (nach Gowers Scala)			Körpergew.	
		zu Beginn.	nach 6-wöchentlicher Behandlung.	nach 12-wöchentlicher Behandlung.	Beginn.	nach 6 Woch.	nach 12 Woch.	Beg.	nach 12 W.
1	R. D. 16 J.	3.120,000	3.640,000	4.100,000	62 pCt.	68 pCt.	75 pCt.	41.2	42.9
2	M. H. 16 J.	3.6[illegible]0,000	5.960,000	4.050,000	58 „	66 „	82 „	—	—
3	A. F. 16 J.	3.530,000	3.870,000	3.960,000	55 „	67 „	75 „	41.4	43.5
4	A. E. 17 J.	3.920,000	3.950,000	4.100,000	45 „	65 „	80 „	43.6	45.2
5	R. H. 17 J.	3.450,000	3.760,000	3.950,000	60 „	72 „	83 „	44.1	46.—
6	Th. F. 17 J.	2.900,000	3.620,000	3.900,000	45 „	65 „	78 „	—	—
7	I. M. 17 J.	3.200,000	3.580,000	3.880,000	50 „	72 „	80 „	—	—
8	B. A. 18 J.	3.800 000	3.920,000	4.140,000	60 „	68 „	83 „	46.3	49.8
9	K. M. 18 J.	3.270,000	3.640,000	3.900,000	45 „	65 „	79 „	45.7	47.6
10	I. H. 18 J.	3.430,000	3.710,000	4.030,000	50 „	68 „	80 „	—	—
11	R. F. 19 J.	3.650,000	3.820.000	3.950,000	46 „	62 „	75 „	—	—
12	A. D. 19 J.	3.500,000	3.720,000	3.860,000	52 „	64 „	77 „	46.6	51.8
13	M. K. 19 J.	3.630,000	3,850,000	4.100,000	64 „	73 „	85 „	47.5	51.2
14	I. E. 19 J.	3.420,000	3.700,000	3.950,000	56 „	63 „	79 „	48.3	50.6
15	E. N. 19 J.	3.470,000	3.690,000	3.900,000	40 „	60 „	75 „	—	—
16	H. A. 19 J.	3.300,000	3.680,000	4.000,000	56 „	63 „	84 „	4.86	51.9
17	D. A. 20 J.	3.340,000	3.770,000	4.060,000	68 „	76 „	85 „	—	—
18	F. R. 21 J.	3.520,000	3.910,000	4.150,000	58 „	68 „	90 „	—	—
19	H. I. 21 J.	3.800,000	3.920,000	4.130,000	65 „	75 „	85 „	50.1	52.8
20	L. F. 23 J.	3.150,000	3.4[illegible]0,000	3.930,000	57 „	—	78 „	—	—
21	W. A. 27 J.	3.460,000	3.680,000	3.850,000	60 „	74 „	81 „	—	—
22	B. S. 27 J.	3.750,000	3.900,000	4,030,000	54 „	70 „	80 „	57.9	54.6
23	H. S. 28 J.	3.680,000	3 800,000	4.100,000	66 „	75 „	84 „	—	—
24	I. K. 19 J.	3.420,000	3.730,000	4.680,000	60 pCt.	65 pCt.	85 pCt.	49.3	51.2
25	O. S. 22 J.	3,250,000	4.100,000	4.360,000	40 „	55 „	75 „	—	—
26	R. S. 22 J.	3.260,000	3.350,000	3.640,000	35 „	48 „	62 „	—	—
27	K. H. 23 J.	3.150,000	3.500,000	3.970,000	50 „	60 „	82 „	—	—
28	S. N. 23 J.	3.260,000	3.200.000	3.850,000	40 „	62 „	74 „	51.2	53,8
29	A. W. 31 J.	3.100,000	3.450,000	3.900,000	38 „	60 „	70 „	53.4	55.3
30	M. S. 16 J.	3.640,000	3.800,000	4.050,000	45 „	60 „	83 „	—	—
31	F. P. 17 J.	3.560,000	3.700,000	3.980,000	42 „	55 „	70 „	—	—
32	A. C. 19 J.	4.020,000	4.050,000	4.240,000	60 „	65 „	80 „	48.8	51.9

Digitized by Google

B. Anaemia prim.

	Name Alter.	Erythrocyten-Anzahl.			Haemogl.-Gehalt.			Anmerkung.
		zu Beginn.	nach 6 Wochen.	nach 12 Wochen.	Beginn.	nach 6 Woch.	nach 12 Woch.	
1	R. H. 35 J.	2.650,000	3.050,000.	3.780,000	41 pCt.	58 pCt.	74 pCt.	
2	A. P. 32 J.	2.740,000	3.300,000	3.840,000	44 „	59 „	77 „	Tuberkul.-verdächtig.
3	E. Sch. 41 J.	2.500,000	3.400,000	3.050,000	35 „	62 „	78 „	
4	K. H. 24 J.	2.140,000	2.500,000	3.340,000	23 „	38 „	61 „	Tuberkul.-verdächtig.
5	I. Sch. 37 J.	3.520,000	3.840,000	4.220,000	65 „	74 „	88 „	
6	P. L. 29 J.	3.080,000	3.620,000	3.800,000	53 „	68 „	74 „	Neurasthenie.
7	A. K. 29 J.	3.250,000	3.500,000	3.000,000	56 „	68 „	77 „	
8	W. K. 39 J.	2.200,000	2.700,000	3.460,000	28 „	42 „	62 „	Tbk.-verdächtig.
9	Th. Sch. 27 J.	3.060,000	—	3.850,000	51 „	—	73 „	

C. Anaemia secundaria.

	Name Alter.	Diagnose.	Erythrocyten-Anzahl.			Haemoglob.-Gehalt.		
			zu Beginn.	nach 6 Wochen.	nach 12 Wochen.	zu Beginn.	nach 6 Woch.	nach 12 Woch.
1	K. H. 28 J.	Anaemia post metrorrhagiam	2,250,000	3.450,000	4,130,000	35 pCt.	60 pCt.	78 pCt.
2	A. K. 36 J.	„	2,630,000	3,540,000	3,960,000	42 „	63 „	80 „
3	R. H. 41 J.	„	2,060,000	2,900,005	3,850,000	32 „	58 „	76 „
4	St. F. 19 J.	„	3,080,000	4,150,000	—	50 „	83 „	—
5	Th. M. 23 J.	„	2,730,000	3,350.000	4,000,000	46 „	65 „	80 „
6	A. M. 29 J.	„	2,900,000	—	3,950,000	55 „	—	76 „
7	H. W. 36 J.	Anaemia post partum (Plac. praevia)	2,070,000	2,950,000	3,800,000	30 „	56 „	72 „
8	A. B. 32 J.	„	2,600,000	3,090,000	3,940,000	45 „	65 „	80 „
9	A. W. 64 J.	Uterusmyomblutungen *	3,050,000	3,700,000	4,240,000	48 „	62 „	85 „
10	J. A. 30 J.	„ **	2,820,000	3,500,000	4,060,000	52 „	65 „	82 „
11	J. A. 59 J.	Haematemes. ex ulc. ventr.	3,300,000	3,800,000	4,100,000	40 „	63 „	78 „
12	H. A. 41 J.	„	3,450,000	3,900.000	—	55 „	75 „	—
13	K. J. 39 J.	„	3,080,000	3,700,000	4,050,000	46 „	60 „	80 „
14	Th. K. 35 J.	Haemoptoe Tbc.	2,650,000	3,040,000	3,760,000	48 „	60 „	74 „
15	H. P. 29 J.	„ Tbc.	2,740,000	2,950,000	3,460,000	45 „	49 „	60 „
16	L. J. 41 J.	„ Tbc.	3,220,000	3,600,000	3,950,000	65 „	72 „	80 „
17	S. A. 64 J.	Stichverletzung d. Cruralis.	1,950,000	2,870,000	3,750,000	28 „	55 „	76 „

*) 10 Tage nach Beginn der Behandlung operiert (Enucleation), seither sistieren die Blutungen.

**) 17 „ „ „ „ „ „ (Totalexstirpation des Uterus); am Tage der Operation. Erythrocyten 3,140,000, Hgl. 58 %.

Digitized by Google

Arzte vertraut ist, lasse ich die Resultate der Haemoglobin «Poehl» — Medikation bei einer grösseren Reihe von Kranken in tabellarischer Uebersicht am Ende vorstehender Abhandlung folgen; sie zeign unwiderleglich, dass die Erwartungen, welche man aus den theoretisch-experimentellen Untersuchungsergebnissen schöpfen konnte, sich am menschlichen Krankenmaterial auf das glänzendste bewährt haben.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 19. Mai 1904.

Dr. Kröger II hält seinen angekündigten Vortrag «über einen geheilten Fall von schwerer Anämie». (Ist in der heutigen Nummer veröffentlicht.)

Dr. Hampeln: Sicher handelte es sich in vorliegendem Falle um eine Anämia gravis. Erfreulich sei daher der günstige Verlauf. Doch erscheine ihm die Bedeutung der hier angewandten therapeut. Massnahmen hypothetisch. Die Diagnose der essentiellen Anämien sei immer eine Exclusions-Diagnose. Auch die Blutuntersuchung sei nicht ausschlaggebend, da bei allen Formen der Anämie gleiche Blutbefunde vorkommen könnten.

Im vorliegenden Falle seien nun unter den Ursachen einer sekundären Anämie allerdings Organerkrankungen, sowie Helminthiasis ausgeschlossen worden, nicht aber die Möglichkeit einer inneren Blutung.

War der Stuhl auf Blut untersucht worden?

Dr. Kröger: Die Untersuchung des Stuhles hatte weder makroskopisch noch mikroskopisch die Anwesenheit von Blutbestandteilen ergeben.

Dr. Hampeln: Diese Untersuchung genügt nicht, um Blutungen in den Intestinaltraktus auszuschliessen. Höslin hat nachgewiessen, dass Blutungen bis zu 500 ccm. in den Darm erfolgen können, ohne weder makroskopisch noch mikroskopisch nachweisbar zu sein. Allein zuverlässig sei die Werber'sche Guajakprobe, die selbst die geringsten Blutbeimengungen im Stuhle anzeige. Diese Probe sei leider hier unterblieben.

Solche durch Blutungen bewirkte Anämien gaben unter Umständen sehr günstige Resultate. So mag sich auch hier eventuell die Wasserbehandlung bewährt haben. Redner habe einen Fall mit Darreichung von Karlsbader Wasser günstig beeinflusst. Was die Temperatursteigerungen betrifft, so können die bei allen Anämien, selbst der durch Helminthen bedingten vorkommen. Schliesslich könnte es sich in diesem Falle sogar noch um eine nebenbei bestehende, leichte Form von Tuberkulose gehandelt haben, die dann das Fieber erklären würde.

Dr. Kröger bedauert durch die Unterlassung der Guajakprobe die Annahme Dr. Hampelns; dass es sich wahrscheinlich um intestinale Blutungen gehandelt habe, nicht widerlegen zu können.

Doch gegen eine solche, wie überhaupt gegen eine sekundäre Anämie schiene ihm vom Hause aus das ganze klinische Bild, besonders das hohe, continuirliche Fieber, der Milztumor, sowie auch die Ergebnisse der Bluntuntersuchung zu sprechen. In Anbetracht des ganz hoffnungslos erscheinenden Allgemeinzustandes der Pat. hätte eine Untersuchung nach der Richtung in seinen Augen den Wert der klinischen Vollständigkeit beanspruchen können. Diese weise unter dem Eindrucke der scheinbaren Unvermeidlichkeit eines baldigen ungünstigen Ausganges auch in mancher anderen Hinsicht Lücken auf. So seien auch andere diagnostische wichtige Untersuchungen wie: die Zählung der Blutkörperchen und die Ophthalmoskopie, anfänglich unterblieben.

Dr. Hampeln: Die Untersuchung des Blutes, wie des Augenhintergrundes seien diagnostisch weniger wichtig, als die des Stuhles, und hätten sogar ganz fortfallen können. Unter den Formen der schweren Anämien mit relativ günstiger Prognose sei auch die enterogene perniciöse Anämie (Grawitz) ohne Blutungen zu nennen. Die Biermer'sche perniciöse Anämie sei eine äusserst seltene Krankheit. Redner hat während seiner Zeit als Ordinator am Krankenhause nur 2 oder 3 Fälle erlebt. Heutzutage werde die Diagnose unberechtigter Weise zu häufig gestellt. Interessant sei nach der Richtung eine Publikation aus Helsingfors, wo eine überraschend grosse Menge von Fällen perniciöser Anämie sich später als durch Helminthiasis bedingt herausgestellt hatte.

Dr. Kröger: Eine präzise Diagnose sei in seinem Vortrage ausdrücklich vermieden. Gegenüber der von Dr. Hampeln vertretenen Annahme einer inneren Blutung weist Redner nochmals auf die in seinem Falle auffallend hohen Temperaturen und den durch viele Wochen hindurch palpabeln Milztumor hin. Hierdurch erinnere der Fall an die Strümpell'sche Anämia splenica, ohne sich aber sonst klinisch mit ihr ganz zu decken. Zypkin veröffentlicht in der Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42 — 1903 eine Arbeit, in der er das Vorkommen von Uebergangsformen; einerseits zwischen der Biermer'schen perniciösen und der Strümpell'schen Anaemia splenica, sowie andererseits zwischen dieser und Leukämie nachweist. Um eine Zwischenform zwischen Biermer'scher und Strümpell'scher Anämie mag es sich in diesem Falle gehandelt haben. Dass aber eine innere Blutung dieses Krankheitsbild hätte erzeugen können, dafür fehlen bisher alle sicheren Grundlagen. Was die Wertung der Blutuntersuchung betrifft, so werde derselben, besonders dem Nachweise von Megalocyten resp. Megaloblasten als gegen sekundäre Anämiea sprechend, in der Literatur eine grosse Bedeutung beigemessen.

Andererseits sei Redner einem Hinweise auf die entschieden höchst wichtige Guajakprobe in der Literatur nirgend begegnet. Dies bedeute doch, dass die Autoren, ohne von letzterem diagnostischen Hülfsmittel Gebrauch gemacht zu haben, dennoch die verschiedenen Formen der schweren Anämie nur aus ihren objektiven sonstigen Erscheinungen heraus zu festen Krankheitsbildern haben formen und hinstellen können. Somit erscheine eine Differentialdiagnose auch ohne Hinzuziehung der Guajakprobe durchaus möglich.

Was die Beurteilung des therapeutischen Effektes bei vorliegendem Falle anbelangt, so dürfe man doch nicht vergessen, dass nach der gesamten grossen Anämielitteratur, die die Guajakprobe nicht berücksichtigt, und in der dann doch auch natürlich viele Fälle von latenten Blutungen mit unter die essentiellen Anämien registriert worden dennoch, also inklusive diese angeblich günstigen Fälle, Heilungen zu den grössten Seltenheiten gehören. Daher dürfte in vorliegendem Falle, der das Bild schwerer essentieller Anämie bot, auch wenn es sich bei ihm um Blutungen gehandelt hätte, die eingeschlagene Therapie wohl eine Berücksichtigung finden, besonders da sie nach der Literatur in dieser Form bisher noch nie angewandt worden.

Dr. Hampeln: Wie unsicher der Blutbefund in diagnostischer Hinsicht sei, könne man gerade aus der Literatur ersehen, wo bei den verschiedensten Formen der Anämie ganz gleiche Blutbilder beschrieben seien. Nicht einmal die Megaloblasten seien charakteristisch, sonst wäre ja die Diagnose auch sehr einfach. Sie lasse sich aber nur per exclusionem stellen.

Dr. O. Klemm: Gegen eine fortgesetzte Blutentziehung scheine ihm im heutigen Falle die geringe Zahl der Leukocyten im mikroskopischen Blutbilde zu sprechen. In solchen Fällen wäre gerade eine Hyperleukocytose als physiologische Reaktion zu erwarten. Redner richtet an Dr. Hampeln die Frage, ob ihm darüber etwas bekannt sei, dass bei fortgesetzten Blutungen eine Vermehrung der Leykocyten dennoch ausbleiben könne?

Dr. Hampeln verneint die Frage.

Dr. O. Klemm: Dann könne eine derartige Annahme hier mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Dr. v. Krüdener: Wäre es nicht denkbar, dass es sich in Anbetracht des Fiebers und des Milztumors um Malaria gehandelt haben könnte?

Dr. Kröger: Dagegen spreche der ganze klinische Verlauf.

Dr. O. Klemm: In dem Falle hätten auch Plasmodien im Blut nachgewiesen werden müssen, was hier nicht der Fall war.

Dr. Schabert: Es sei sehr interessant, dass Dr. Hampeln während seiner Krankenhauszeit so äusserst wenig perniciöse Anämien gesehen. Neuerdings kamen jährlich circa 4—5 Fälle mit der Diagnose «Anämia gravis» zur Obduktion. Der anatomische Befund sei dann auch in der Tat ein negativer, so dass diese Fälle zu den essentiellen Anämien zu gehören scheinen.

Redner ersucht Dr. Hampeln sich darüber zu äussern.

Dr. Hampeln: Auch zu seiner Zeit seien viele Fälle von schwerer Anämie ohne klinisch diagnostizierbare Organerkrankungen zur Sektion gekommen. Die Autopsie habe aber dann häufig die Ursachen derselben aufgedeckt, nämlich:

Digitized by Google

Carcinome, veraltete Lues, Amyloid, Arteriosklerose, Aortenklappeninsuffizienz, Hämorrhoidalblutungen. Bei den Sektionen könne man oft nur durch die detaillierteste mikroskopische Untersuchung die Ursachen der Anämien aufdecken. Dazu gehöre auch die Schrumpfniere, die zuweilen weder klinisch, noch durch die makroskopische Autopsie der Nieren erkannt werden könne.

Redner verfügt in seiner Privatpraxis über einen Fall von scheinbar essentieller Anämie, bei dem das Ergebniss der anatom. Diagnose dadurch zweifelhaft blieb, dass sich ein Darmpolyp vorfand, aus dem Blutungen hätten stattfinden können.

Dr. Ed. Schwarz demonstriert einen Fall von «Myasthenia gravis pseudoparalytica» (erscheint im Druck).

Dr. Pilzer demonstriert ein anatom. Praeparat von «Darmverschluss durch Spulwürmer».

d. Z. Sekretär S. Kröger jun.

XXII. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden.

Vom 12.—15. April 1905.

Bericht von Dr. Prüssian — Wiesbaden.

(cf. Nr. 23, 24, 26, u. 27.).

(Schluss).

Kaminer und E. Meyer-Berlin: «Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des Applikationsortes für die Reaktionshöhe bei diagnostischen Tuberkulininjektionen». Es zeigte sich, dass bei Iristuberkulose des Kaninchens eine etwas stärkere Temperaturreaktion entstand durch Einspritzung am locus morbi als subkutan, bei Lungentuberkulose durch tracheale Injektion aber eine geringere. Das ist also keine Verbesserung für die diagnostische Verwertung des Tuberkulins.

Stäubli-München: «Klinische und experimentelle Untersuchungen über Trichinosis». S. fand bei experimentell infizierten Meerschweinchen im Sediment des aspirierten Herzblutes massenhaft Embryonen von Trichinen. Durch diese kommt auf dem Wege des Blutkreislaufes die Verbreitung der Trichinen im Organismus zustande. Die Blutuntersuchungen bei trichinenkranken Menschen ergaben anfangs Veränderungen im Sinne einer leichten Anämie, später zeigte sich Hyperleukocytose und Eosinophilie, die vor dem Tode rasch abfällt.

Schwenkenbecher-Strassburg: «Wasserhaushalt und Kochsalzwechsel im Fieber». Untersuchungen an 9 Typhuskranken bei gleichmässiger Diät. Analyse von Nahrung, Harn und Faeces. Es zeigte sich, dass die Wasserretention in wechselnder Stärke und meist nur vorübergehend, wie bei vielen fieberlosen Krankheiten, auftrat. Auch hinsichtlich der Kochsalzretention zeigten sich Schwankungen wie beim Gesunden. Bei allen Untersuchungen ist auf den grossen NaCl - Verlust durch den Schweiss zu achten.

Albrecht-Frankfurt a/M.: «Neue Beiträge zur Kenntnis der roten Blutkörperchen». Die fettartige Oberflächenschicht der Erythrocyten lässt sich bei verschiedenen Tieren zwischen 50—53° C. einschmelzen. Bei der chemischen Hämolyse, zu der auch die Serumhämolyse gehört, geht dem Hämoglobinaustritt ein charakteristisches Stadium der roten Blutkörperchen voraus, welches Albrecht als Kugelstechapfelform bezeichnet. Bei Zusatz grösserer Mengen physiologischer Kochsalzlösung zeigte sich die paradoxe Erscheinung, dass zuerst Kugelstechapfelformen, weiterhin Kugelformen auftraten, was A. auf die Massenwirkung der in allen diesen Lösungen enthaltenen freien Jonen zurückführt. In einem Falle von Lipämie bei Diabetes fand A., dass die Erythrocyten erst bei höherer Temperatur als gewöhnlich und in abweichenden Formen Tröpfchen abschnürten.

Singer-Wien: «Zur Diagnose der Appendicitis». S. besprach zunächst die Differentialdiagnose der chronischen Appendicitis, wobei besonders die Erkrankungen der Leber und der Gallenwege, die Nierensteinkolik, die Darmparasiten, Anomalien des Uterus und seiner Adnexe, schliesslich die chronische Prostatitis Erwähnung fanden. Als wesentliche Merkmale für eine Appendix-Erkrankung wurden bisher angesehen: 1. Schmerz in der Ileocoecalgegend, 2. Druckschmerzen am Mc. Burney'schen Punkt, 3. der Palpationsbefund in der rechten Darmbeingrube. Das letztgenannte Symptom ist aber unzuverlässig, da die häufig fühlbaren Kontraktionen der Bauchmuskeln zu Irrtümern Veranlassung geben können. Ebensowenig entspricht der Mc. Burney'sche Punkt der Insertionsstelle des Appendix; auch findet man nach Obrazow ein gespanntes, schmerzhaftes Coecum häufig bei chronischer Obstipation, namentlich bei der spastischen Form derselben. Aus allem geht hervor, dass die gleichen Symptome wie bei Appendicitis sich auch bei harmlosen funktionellen Neurosen finden können. Auch finden sich ähnliche Symptomenbilder bei inneren Hämorrhoidalknoten. Bei hysterischen und nervösen Individuen wird die Erkrankung nicht selten auf dem Wege der psychischen Infektion propagiert und vorgetäuscht.

Jul. Weiss-Wien: «Zur Kenntnis neuer Krankheitstypen der Neuralgie, der Neurosen und des Rheumatismus».

W. weist darauf hin, wie diese Krankheitsbilder fluktuiren und in einander übergehn können. Andererseits giebt es bestimmte Symptomenkomplexe, die als eigener Krankheitstypus anzusehen sind. Als solchen nennt W. die «Neuralgia paraesthetica», die sich z. B. in der Gegend des Herzspitzenstosses findet. Hinsichtlich des Gelenkrheumatismus macht er auf eine chronische Form aufmerksam, welche beweist, dass der gonorrhoische Infekt jahrelang schlummern kann, um plötzlich wieder in den Gelenken zu erwachen.

Ebenso giebt es Fälle von chronischem Rheumatismus ohne Gelenkaffektionen, denen typische Gewebsveränderungen zu Grunde liegen. Diese Form des Rheumatismus zeigt typische Lokalisation (Ansatz des musc. deltoides, musc. cucullaris, Kreuzbeingegend etc.), täuscht häufig Ischias vor und wird ätiologisch mit Unrecht der harnsauren Diathese zugerechnet.

Görich-Parchwitz: «Die tonsilläre Radikaltherapie des Gelenkrheumatismus». G. ist der Ansicht, dass die chronische Mandeleiterung sich in fast allen Fällen von Gelenkrheumatismus findet. Durch künstlich herbeigeführte Exarcerbationen der Mandelentzündung kann man bei Rheumatikern experimentell einen Anfall von Rheumatismus erzeugen. Dies führt zur tonsillären Radikaltherapie des Gelenkrheumatismus, welche in einer totalen frontalen *Spaltung* der vereiterten Mandelgruben und der nachfolgenden Entfernung des infektiösen Mandelgewebes mittels einer *Doppelkürette* besteht.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Direktor des hiesigen Instituts für Experimentalmedizin ist der Professor der allgemeinen Pathologie an der Odessaer Universität, Dr. W. Podwyssotzki, ernannt worden, welcher bekanntlich seit der Eröffnung der medizinischen Fakultät im Jahre 1900 in Odessa das Amt des Dekans derselben bekleidet. Er wird zugleich mit dem Direktorat die Leitung der Abteilung für allgemeine Pathologie im Institut übernehmen.

— Der Leibchirurg Prof. emer. Dr. Eugen Pawlow ist am 6. Juli aus dem Fernen Osten hierher zurückgekehrt.

— Der Landschaftsarzt Dr. Cäsar Sheglinski in Runowtschina (Gouv. Poltawa) beging am 29. Mai das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit, welche er ohne Unterbrechung dem Poltawaschen Kreise gewidmet hat.

— Dem Prof. ord. der pathologischen Anatomie an der Kiewer Universität, Dr. Anton Wyssokowitsch, ist für ausgezeichnet eifrigen Dienst und Mühewaltung während der Kriegsoperationen der St. Wladimirorden III. Klasse Allerhöchst verliehen worden.

— Vor kurzem hat der berühmte Chirurg Prof. Dr. Lister in London sein 78. Lebensjahr überschritten.

— Verstorben: 1) Am 4. Juli im Pastorat Frauenburg (in Kurland) der Bliedensche Kirchspielsarzt Dr. William Harmsen im 50. Lebensjahre. Zu Popen (Kurland) als Sohn des späteren Kreisarztes Friedrich Harmsen geboren, erhielt er seine Schulbildung in Libau und widmete sich von

Digitized by Google

1876—1885 dem Studium der Medizin in Dorpat. Nach Erlangung der Venia practicandi war er 1885—1886 Assistent der chirurg. Klinik in Dorpat, liess sich aber bereits im nächstfolgenden Jahre als Arzt in Blieden nieder. Im Sommer 1901 fungierte er auch als Badearzt in Arensburg. 2) In Jalta der Ordinator des Gouvernements - Landschaftshospitals Dr. Alexander Ssuetinow im 36. Lebensjahre an Phthisis. Der Verstorbene, welcher seit 1894 als Arzt tätig war, hat seine Frau mit vier unmündigen Kindern ganz mittellos zurückgelassen. 3) In Nowaja Ladoga der dortige Kreisarzt Alexander Protodiakonow im Alter von 43 Jahren. Nach Absolvierung seiner Studien an der Kiewer Universität i. J. 1890, war P. Gefängnissarzt in Krasnojarsk, beschäftigte sich dann speziell mit Geburtshülfe und Frauenkrankheiten in der Kiewer Klinik des Prof. Rein und wurde 1899 Kreisarzt in Gdow, von wo er in derselben Eigenschaft nach Nowaja Ladoga versetzt wurde. 4) In Kiew der Ordinator am Krankenhause des dortigen Pokrowschen Frauenklosters Dr. Gregor Lewicki im 42. Lebensjahre. Seine ärztliche Tätigkeit hat er seit 1891 ausgeübt. 5—7) In der Seeschlacht bei Tsushima sind mit den Schiffen untergegangen: der ältere Arzt der 8. Flotteneqnipage Dr. Theodor Lukin, 33 Jahre alt, Arzt seit 1896; der ältere Arzt der 17. Flotteneqnipage Dr. G. Wassiljew, 37 Jahre alt, Arzt seit 1893; der jüngere Arzt der 14. Flotteneqnipage Dr. Axel Gnadeberg. 8) Am 6./19. Juli zu Berlin der Privatdozent der Physiologie und Vorstand der speziell-physiologischen Abteilung des Physiologischen Instituts der Universität, Prof. Dr. Paul Schultz, im Alter von 41 Jahren.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Der Chefarzt des Estländischen Feldlazaretts in Nikolsk, Dr. Alfred v. Brackel, ist, der «Lib. Ztg.» zufolge, zum I. chirurgischen Konsultanten der von General Batjanow kommandierten II. Mandschurischen Armee ernannt worden und bereits in Gundshulin eingetroffen. Die Oberleitung des obengenannten Lazaretts soll er beibehalten.

— Gemäss einem Beschluss des Nishni-Nowgorodschen Komitees sollte die Nishni-Nowgorodsche Sanitätskolonne in Charbin ihre Tätigkeit am 1. Juli einstellen.

— In den aktiven Dienst sind einberufen: Dr. Alexander Arved Baron Engelhardt, mit der Ernennung zum älteren Ordinator des 109. Reservehospitals in Tscheljabinsk, und Dr. Rudolf Wirén (stud. in Dorpat 1890—1896), Arzt der Gemeinde zu Sarepta, mit dem Bestimmungsort Omsk.

— Die Einberufungsorder hat neuerdings auch der Herausgeber und Redakteur der in Warschau in polnischer Sprache erscheinenden medizinischen Monatsschrift «Ginekologia», Dr. Tscheslaw Stankewicz, erhalten. Infolgedessen ist das Erscheinen des Journals zeitweilig eingestellt worden.

— Wie der Kommandeur des Panzerschiffes «Ssissoi Weliki» dem Hauptmarinestabe telegraphisch mitteilt, sind am 14. Mai c. beide Aerzte des genannten Schiffes, das nach 6-stündigem Artilleriegefecht bei Tsushima kenterte und sank, infolge von Vergiftung durch Gase umgekommen. Die Namen dieser Aerzte sind leider nicht genannt.

— Das ärztliche Personal des neu formierten Lazaretts Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna, das vorzugsweise für nervenkranke Krieger bestimmt ist, reist in diesen Tagen von hier nach dem Fernen Osten ab. An der Spitze des Personals steht der Privatdozent für Geistes- und Nervenkrankheiten an der militär-medizinischen Akademie Dr. Alexander Gerwer.

— 11,867 verwundete und kranke Krieger sind bis jetzt vom Roten Kreuz nach St. Petersburg evakuiert worden.

Von Universitäten, Vereinen und Kongressen.

— Als Nachfolger Prof. Nothnagels in Wien war der Direktor der II. medizinischen Universitätsklinik in Berlin, Prof. Dr. Friedrich Kraus, der bekanntlich Oesterreicher von Geburt ist, in Aussicht genommen. Wie verlautet, hat Prof. Kraus aber den an ihn ergangenen Ruf abgelehnt.

— Zum ausserord. Professor u. Direktor der Klinik für Syphilis u. Hautkrankheiten an der Universität Königsberg ist an Stelle des Prof. Caspary, der in den Ruhestand tritt, der Privatdozent Dr. Walter Scholtz, ein ehemaliger Assistent Prof. Neissers in Breslau, ernannt worden.

— Der Sewastopeler Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose hat am südlichen Ufer der Krim (bei Simeïs) zum Gedächtnis des bekannten Schriftstellers u. Arztes Dr. Tschechow am Jahrestage seines Todes ein Sanatorium für minderjährige Lungenkranke eröffnet. Die Heilanstalt verfügt über 23 Krankenbetten.

— Der V. internationale gynäkologische Kongress, welcher bekanntlich im September d. J. in St. Petersburg stattfinden sollte, ist, wie die Tagesblätter zu berichten wissen, wegen der gegenwärtigen unruhigen Zeitverhältnisse auf das nächste Jahr aufgeschoben worden.

— Der IV. allrussische odontologische Kongress hierselbst, dessen Eröffnung wir in der vorigen Nr. meldeten, hat einen recht ungünstigen, ja lärmenden Verlauf genommen, da es fast in jeder Sitzung zu peinlichen Vorfällen gekommen ist. Die Kongressleitung ist nicht imstande gewesen, die Einmischung von fremden Personen in die Verhandlungen zu verhindern. So erhob sich z. B. in einer der Sitzungen ein unbekannter, nicht zu den Kongressmitgliedern gehöriger Herr und begann über ein nicht zur Tagesordnung gehörendes Thema zu reden. Da nun unter den Kongressmitgliedern eine Meinungsdifferenz bezüglich der Zulässigkeit dieses Redners entstand, so sah sich der Vorsitzende genötigt die Sitzung aufzuheben. In der Sitzung am 6. Juli verstieg sich eine Dentistin (Kongressmitglied), als ihre Protesteingabe gegen den Ausschluss des Publikums Widerspruch fand — sogar so weit, dass sie einen Stuhl ergriff und auf den gegen ihre Eingabe protestierenden Redner zustürzte... Unter solchen Umständen konnte von einem Erfolg des Kongresses keine Rede sein und wurde daher der Kongress am 7. Juli noch vor der letzten Sitzung auf Verfügung des Generalgouverneurs geschlossen. — Wie verlautet, haben einige Mitglieder dieses Kongresses bereits am 6. Juli die Vorschrift der Administration erhalten, Petersburg unverzüglich zu verlassen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Wie die «Birsh. Wedom.» erfahren, hat das Finanzministerium die Chefs der Kontrollbehörden beauftragt, Berichte über die Zahl der Aerzte und Dentisten zusammenzustellen. Diese Berichte, die zur Einführung der Einkommensteuer das vorbereitende Arbeitsmaterial bilden sollen, müssen bereits bis zum 15. Juli c. abgeliefert werden.

— Die Obermedizinalverwaltung wird sich, dem «Ssyn Otetsch.» zufolge, in nächster Zeit mit der Umarbeitung der vom 11. August 1903 datierenden Bestimmungen für die zur Bekämpfung der Cholera zu kreierenden Sanitätskommissionen beschäftigen, an welchen bekanntlich die Aerzte teilzunehmen sich weigern. Hierbei sollen die Wünsche der Aerzte, sowie der Landschaften und Städte in Betracht gezogen werden.

— Aerztliche Vakanzen: 1) Im abgeteilten Korps der Grenzwache sind 2 Stellen von jüngeren Aerzten erledigt, die eine im Europäischen Russland, die andere im Kaukasus. Gehalt im Europ. Russland 1016 Rbl. jährlich und 250 Rbl. Fahrtengelder; vom 5. Dienstjahre jährl. Gehaltzulage von 180 Rbl. und vom 9. Dienstj. 264 Rbl. Im Kaukasus — Gehalt 1212 Rbl., Fahrtengelder 350; Gehaltzulage vom 5. Jahre 204 Rbl. und vom 9. Jahre 468 Rbl. Die jährliche Gratifikation beträgt 60 Rbl. Kronswohnung und Dentschik. Zur Erziehung der über 8 Jahre alten Kinder des Arztes werden 60 Rbl. jährlich für jedes Kind abgelassen. Die Verpflichtungen des Arztes bestehen in der Leitung des Krankenhauses (10 Betten) und in der sanitären Beaufsichtigung der Grenzwacheposten in seinem Rayon. Refl. haben ihre Gesuche unter Beifügung der Dokumente auf den Namen des Medizinalinspektors des abgeteilten Korps der Grenzwache in St. Petersburg zu machen.

— Auf den Impfstationen der St. Petersburger städtischen Ambulatorien sind bereits an ca. 50 Personen die Schutzimpfungen gegen die Cholera vorgenommen worden. Der Entzündungsprozess nach der Impfung soll von den Geimpften leicht ertragen werden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. Juni d. J. 9158 (55 wen. als in d. Vorw.), darunter 633 Typhus — (24 mehr). 803 Syphilis — (5 mehr), 237 Scharlach — (22 wen.), 108 Diphtherie — (5 wen.), 97 Masern — (13 mehr) und 21 Pockenkranke — (8 wen. als in der Vorw.).

Digitized by Google

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. Juni bis zum 2. Juli 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
512	381	893	231	120	194	17	12	33	60	43	61	48	30	29	11	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 45, Scharlach 30, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 4, Grippe 0, Katarrhalische Lungenentzündung 64, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberkulose der Lungen 77, Tuberkulose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungskanals 259, Totgeborene 36.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Kgl. BAD KISSINGEN. (48) 10—9.

Bäder vom 15. April bis 1. November.

Weltberühmte eisenhaltige Kochsalzquellen (Rakoczy, Pandur, Maxbrunnen, Bockleter, Stahlwasser (phosphorarsenhaltig), Sole mit reichstem Kohlensäuregehalt für Trink- und Badekuren. Hervorragende Heilerfolge bei Magen-Darmerkrankungen; Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane (Asthma, Emphysem). Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit, Bleichsucht, Frauenkrankheiten.

Versand sämtlicher Mineralwässer durch die Verwaltung der Königl. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet. Aufschlüsse über alle Anfragen unentgeltlich vom **Kurverein Bad Kissingen.**

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria mit ihren Folgezuständen, Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—6.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (63) 18—5.

Dr. Schuster,

praktischer Arzt und Inhaber eines Kurhauses.

(Indiv. kurgem. Diät.)

BAD NAUHEIM.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Tursan**, Спасская 21, кв. 6.

Sophie **Nafthal**. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.

Frau **Gülzen**, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau **L. A. Bogoslowskaja**, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

J. **Krohn**, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

Frau **Elvine Juckam**, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.

Frau **Adelheid von Fersen**, Katharinenkanal 81, Q. 20.

Frau **Minna Rieser**, geb. **Franke**. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.
Vorzügl. Antituberkul. und Antidiarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche“

à 0,5 gr
bequemste und billigste Form.

Sulfosotsyrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Sirolin „Roche“

die idealste Form d. Kreosot- bezw. Guajacol-Therapie.

Wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup.

Vorteile: Sirolin hat vor allen andern Kreosot- und Guajacoltherapien die Vorteile des guten Geruches, angenehmen Geschmacks und völliger Unschädlichkeit.

Indikationen: Lungentuberkulose, Keuchhusten, chirurg. Tuberkulose, allgemeine Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.

Verordnung: Sirolin, Lagenam orig. Erwachsenen 3—6 Teelöffel, Kin- 2—3 Teelöffel täglich, vor oder unmittelbar nach dem Essen, rein oder in Wasser.

Warnung! Vor minderwertigen Nachahmungen wird gewarnt. Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.

Alleinige Fabrikanten:
F. Hoffmann-LaRoche & Co., Fabrik chem.-pharm. Produkte
Basel (Schweiz) ⁂ *Grenzach* (Baden).
Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Airol „Roche“

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche“

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche“

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche“.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate. Eisen- u. Bromprotylin „Roche“.

Arsylin „Roche“

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues Kurhaus“ für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle), Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.
Aerzte: Dr. C. Dapper (Besitzer). — Dr. F. Dengler. (60) 14—8.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состоянiяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства. ✱ ✱

Совершенно не раздражаетъ. ✱ **Охотно принимается.** ✱ **Хорошо усваивается.** ✱ **Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.**

Покорнѣйше просимъ прописывать САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

Digitized by Google

Originalprodukte „Heyden"

von uns in die Medizin eingeführt:

Salicylsäure, salicylsaures Natrium, salicylsaures Wismut, Salol, Creosotal, Duotal, Xeroform, Orphol, Solveol, Itrol, Collargol, Acoin etc.

Neu: Salocreol und Salit, zur äusserlichen Behandlung rheumatischer und neuralgischer Erkrankungen. **Salit** ausserordentlich billig; **Salocreol** noch von spezieller Wirkung bei Erysipelas faciei, Lymphadenitiden und skrofulösen Drüsenanschwellungen.

Neu: Calodal, leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur subkutanen, ganz besonders aber auch zur rektalen Ernährung und zur Darreichung per os als Kraftnährmittel.

Wir fabrizieren in bester Qualität ***Acetylsalicylsäure,*** in Substanz und als leicht zerfallende Tabletten, **Guajacol**, cryst. und liquid., **Benzonaphtol, Phenacetin, Lactophenin, Hexamethylentetramin, Diacetylmorphinum hydrochlor.** etc.

Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (21) 10—8.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

SASSNITZ.

Ostseebad auf Rügen.

Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die **Bade-Direktion.**

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien.

Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. illustrierte Prospekte.

Friedrichroda i. Thür.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:

Die Wirkung des **„Pertussin"** war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:

Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:

Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:

Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker,** Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke** E. Taeschner, **Berlin** C. 19, Seydelstrasse 16. (64) 10—6.

Triferrin (Knoll)

p-Nucleins. Eisen.

Enthält organ. Phosphor, steigert den Haemoglobingehalt d. Blutes u. wird vom schwächsten Magen vertragen.

Tannalbin (Knoll)

Erprobtes Antidiarrhoicum, geschmacklos, stört Appetit und Verdauung in keiner Weise; erhältlich in Pulver und Tabletten.

Literatur und Proben kostenlos!

KNOLL & Co. • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw,** Hamburg (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.** Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Im Deutschen Alexander-Hospital **wird** Nachweis erteilt über zur Zeit **dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die** private Krankenpflege (**gegen Zahlung** von 50 Kop.)

Довв. ценз. Спб., 16 Іюля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

XXX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 29 St. Petersburg, den 23. Juli (5. August). **1905.**

Inhalt: Dr. F. Klau: Ein Fall von Akromegalie. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Mitteilungen aus der Augenklinik in Jurjew. Herausgegeben von Prof. Dr. Th. v. Ewetzky. — Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte in Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Der XVII. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte findet vom 10.—12. Aug. a. c. in Arensburg statt.

Abfahrt von Riga nach Arensburg:

Dampfer «Konstantin», Kapitän Pichel, d. 9. Aug. 11 Uhr vorm.
» » » Sillin, d. 10. Aug. 3 Uhr nachm.

Abfahrt von Arensburg nach Riga:

Dampfer «Imperator Nikolai II», Kapitän Wolter, 11. August 6 Uhr nachm.
Dampfer «Konstantin», Kapitän Pichel, d. 13. Aug. 6 Uhr nachm.
» «Imperator Nikolai II», Kapitän Wolter, 14. August 6 Uhr nachm.

Die Herren Kollegen und ihre Familienglieder haben die **Rücktour gratis.**

Dr. C. Ströhmberg,
d. Z. Vizepräses der Gesellsch. livl. Aerzte.

(Aus der Dorpater medizinischen Klinik.)

Ein Fall von Akromegalie.

Von

Dr. F. Klau.

In den letzten Jahren hat sich das Interesse für die Akromegalie, wenn auch die Anzahl der Arbeiten auf diesem Gebiete etwas zurückgegangen zu sein scheint, immer noch rege erhalten. Es giebt da noch eine Reihe von offenen Fragen, über die bisher kaum Einigung erzielt worden ist; insbesondere ist es die Pathogenese, welche trotz einer stattlichen Fülle von klinischem und pathologisch-anatomischem Material, trotz einer Reihe von experimentellen Arbeiten, die Hypophysis betreffend, noch nicht klargestellt ist. Wie vordem, so hat auch in den letzten 4 Jahren eine Anzahl von Forschern, im Anschluss an von ihnen beobachtete Fälle, Stellung zur Pathogenese genommen. Bei den diesbezüglichen Auseinandersetzungen dreht sich alles um die Frage, wie die Beteiligung der Hypophysis an dem Krankheitsbilde zu erklären sei, ob ihr die von Pierre Marie vindicierte Stellung zukomme oder ob es mit der Hypophysis bei der Akromegalie eine andere Bewandnis habe. Die Mehrzahl der Autoren seit 1900 hat, so weit ich die Sachlage an der Hand der Referate in dem Neurologischen Zentralblatt übersehen kann, Stellung gegen die Bedeutung der Hypophysis im Marie'schen Sinne genommen, jedoch fehlt es nicht an Stimmen, welche dieser Theorie warm das Wort reden. So tritt z. B. Huismans in einer ausführlichen Arbeit über diesen Gegenstand für die Marie'schen Anschauungen ein und auch Benda sieht in der Hypophysis die causa proxima des ganzen Krankheitsbildes; trotzdem decken sich die Anschauungen der beiden Forscher durchaus nicht, denn während jener von einem Ausfall der Hypophysisfunktion überzeugt ist und darin die Ursache der Erkrankung sieht, ist dieser der Meinung, dass eine pathologische Funktionssteigerung der Drüse die körperliche Wachstumsanomalie hervorbringt. Schon aus dieser Stellungnahme der beiden Autoren geht deutlich hervor, wie wenig geklärt die Frage nach der Bedeutung der Hypophysis bei der Akromegalie ist. Mir persönlich scheint die der Hypophysis bei der Akromegalie zugeschriebene Rolle nicht zu existieren und es spricht wohl am meisten dagegen die Tatsache, dass es Hypophysistumoren ohne Akromegalie giebt. Den Fällen, in welchen Akromegalie ohne Veränderungen der Hypophysis vorliegt, glaube ich, kann man keine so grosse Bedeutung zur Entscheidung der Frage beimessen, da es doch möglich ist, dass trotz Mangels jeglicher pathologisch-anatomischer Veränderung der Drüse, die Funktion keine normale war. Wenn man aber der Meinung ist, dass ein Symptomenkomplex irgend wie von der Erkrankung eines Organes abhängt, so müsste, denke ich doch, ein einziger Fall in welchem eine Erkrankung des Organes ohne den betreffenden Symptomenkomplex vorliegt, den genügenden Beweis für die Unrichtigkeit der gemachten Annahme abgeben. Mir scheint die Stellungnahme Strümpells am plausibelsten, der da meint, dass die Veränderungen in der Hypophysis als den anderen Erscheinungen der Akromegalie koordiniert zu betrachten wären und dass eine endogene Veranlagung des Körpers es ist, welche

Digitized by Google

zu den Veränderungen der Akromegalie führt. Der Fall, welchen ich in nachstehendem zur Akromegaliefrage beisteuere, enthält einige interessante Momente und halte ich es deshalb für erwünscht ihn der Literatur über diesen Gegenstand einzufügen.

Friedrich W, estnischer Nationalität, Gesindewirts Sohn aus dem Pleskauschen Gouvernement, 21 Jahre alt.

Anamnese: Der Vater lebt, ist gesund, trinkt nicht; die Mutter ist an einem Magenleiden gestorben. Zwei Brüder leben, sind gesund, trinken nicht. Ein Bruder kam durch einen Unglücksfall um und zwei Schwestern starben an Infektionskrankheiten.

Persönliche Antecedentien: Als Kind hat Pat. die Pocken und die Masern gehabt; an die Masern, die recht schwer verliefen, schloss sich eine Otitis media suppurativa, die später zur Ausheilung gelangte. Geraucht, getrunken und geschlechtlich verkehrt hat Pat. nie. Onanie hat er nicht getrieben und an Lues nicht gelitten. Mit dem 18. Lebensjahre stellten sich die ersten Pollutionen ein; sie traten selten auf und sistierten mit dem 20. Jahre gänzlich. Eine Libido sexualis will Pat. nie gekannt haben und giebt an, dass das weibliche Geschlecht für ihn nie einen Reiz gehabt habe. Pat. soll gut und leicht gelernt haben.

Entwickelung des Leidens: Im 17. Lebensjahre begann das jetzige Leiden. Pat. hatte eines Tages eine schwere Last gehoben worauf sich Schmerzen im linken Hypochondrium einstellten; ungeachtet dessen trug er bald darauf auf dem Rücken eine sehr schwere Last, was zur Folge hatte, dass sich eine schmerzhafte Schwellung an der linken Seite, in der Gegend des Rippenbogens, einstellte. Pat. fühlte sich unmittelbar darauf sehr schlecht und matt, klagte über undeutliches Sehen, Schwindel und Ohrensausen und musste sich infolge der Beschwerden zu Bett legen. Nach drei Tagen, als er sich wieder besser fühlte, stand er auf und wandte sich an den landischen Arzt, der ihm erklärte, dass sein Herz viel zu schnell schlage, wobei Pat. selbst jedoch nicht die Empfindung des Herzklopfens hatte. Pat. verblieb jetzt ausserhalb des Bettes (er fühlte sich dann angeblich wohler), konnte aber nicht arbeiten, da er sich viel zu schwach dazu fühlte. Von diesem Zeitpunkt an hat sich Pat. immer krank gefühlt und wenn auch sein Befinden recht schwankte und es auch relativ recht gute Tage für ihn gab, so fühlte er sich doch nie mehr gesund und hatte sehr oft Schmerzen in der Herzgegend. Versuchte er zu arbeiten, so stellten sich Schmerzen auf der Brust ein, Schmerzen in der Herzgegend und Atembeklemmung; dieselben Beschwerden stellten sich auch dann ein, wenn Pat. sehr schnell ging oder ein grosses Stück Weges zurücklegte; ausserdem stellten sich, wenn er, ungeachtet der Beschwerden, doch arbeitete, Schmerzen in allen Gelenken ein (dieselben waren in der Ruhe nicht vorhanden, sondern traten nur bei Bewegungen der Extremitäten hervor). Seit derselben Zeit begann der Patient stark zu wachsen. Während er früher durchaus nicht grösser war als seine Altersgenossen, überragte er sie nun bald alle.

Mit dem Arbeiten ging es aber trotz des grossen Wuchses und der äusserlich kräftigen Gestalt nicht. Pat. war bemüht sich zu betätigen, jedoch konnte er nur leichte Arbeiten verrichten. So hatte er also als vollwüchsiger Arbeiter nur 2 Jahre, von seinem 15.—17. Jahre, bei seinem Vater in der Wirtschaft tätig sein können. Zu den genannten Beschwerden trat nun bald noch eine neue hinzu; Pat. bemerkte nämlich, dass er leicht zu ermüden begann und leicht in Schweiss geriet. Der Zustand wurde mit der Zeit immer schlechter, es traten noch weitere Beschwerden hinzu, so dass folgende Erscheinungen bei der Aufnahme des Status notiert werden konnten:

Status präsens.

1. Schmerzen in der Herzgegend und Herzklopfen, sehr oft vorhanden, auch in der Ruhe, bei der Arbeit stärker werdend. 2. Beklemmendes Gefühl auf der Brust. 3. Schmerzen im Rücken u. Nacken. 4. Benommenheit des Kopfes. 5. Schlaflosigkeit. 6. Druck auf den Augen. 7. Zittern am ganzen Körper, namentlich an Händen u. Füssen.	Diese Erscheinungen treten nur nach physischen Anstrengungen auf, nur die unter 7 genannten Beschwerde ist zuweilen auch ohne vorhergehende physische Anstrengung zu beobachten.

8. Leichte Ermüdbarkeit. 9. starke Neigung zum Schwitzen, auch an den Händen. 10. Cyanose der Hände. 11. allgemeine Mattigkeit. 12 Fehlen der Libido sexualis. 14. Mangel von Erektionen und Pollutionen. Am aller leichtesten werden, nach Angaben des Patienten, Schweissbildung und Zittern ausgelöst; schon wenn Pat. einen schweren Gegenstand ein kleines Stück Weges trägt, oder wenn er eine Extremität eine zeitlang in einer etwas unbequemen Lage halten muss, soll sich das Zittern einstellen, weiter soll sich das Zittern zuweilen auch spontan einstellen, namentlich an solchen Tagen, an welchen Pat. sich schlecht fühlt. Wie eben erwähnt, schwitzt er auch besonders leicht; er braucht nur einige Stücke Holz zu spalten, so ist er nass. Arbeitet Pat. mehrere Tage hindurch, so vergeht längere Zeit, bis all' die Erscheinungen, welche die Arbeit hervorruft, wieder schwinden. Arbeitet er längere Zeit gar nicht, so fühlt er sich relativ wohl, nur bleiben die Schmerzen in der Herzgegend und das Herzklopfen bestehen. Auch nach wiederholten genauesten Ausfragen lassen sich keine weiteren Krankheitserscheinungen eruieren, nur giebt er noch an, dass ihm in den Zeiten, in welchen er sich schlecht fühlt, im Schlafe leicht der 4. und 5. Finger abtauben soll und dass dieses Abtauben, wenn er ermüdet ist, schon dann eintreten soll, wenn er die Arme im Ellenbogen flektiert.

Nachdem wir nun die Beschwerden kennen gelernt haben, unter welchen unser Pat. zu leiden hat, gehen wir zur Untersuchung desselben über.

Schaut man sich den Patienten an, so sieht man einen Menschen vor sich stehen, der einem jeden durch seinen hohen Wuchs und durch die unverhältnissmässige Grösse seiner Hände und Füsse auffällt; weiter wird auch der Schädel durch ein sehr deutlich ausgesprochenes Missverhältniss zwischen Gesichts- und Hirnteil und die merkwürdige, stark längs-ovale Gesichtsform die Aufmerksamkeit auf sich ziehen.

Betrachten wir nun einen Augenblick diese uns in die Augen springenden Sonderheiten an dem Manne näher, so kommen wir, in Zahlen ausgedrückt, zu folgendem Ergebnis:

Körperlänge: 185 cm. Gewicht: 208 Pf. ohne Kleider.

Kopf.

a) Umfangsdimensionen:

1. Kopfumfang	57 $\frac{1}{2}$ cm.
2. Longitudinalumfang von Glabella bis Protuberantia occipitalis	35.0 »
3. Umfang in der Frontalebene von dem oberen Rande beider Ohrwurzeln	30.0 »
4. Umfang des Hinterschädels in horizontaler Ebene zwischen dem hinteren Rande beider Ohrwurzeln	28 $\frac{1}{2}$ »

b) Durchmesser.

1. Longitudinaldurchmesser (Glabella-Protub.)	19.0 »
2. Biparietal	15.0 »

Digitized by Google

3. Geringste Stirnbreite . . . . . . 11.0 »
4. Hinterhauptbreite von den tiefsten Punkten der proc. mastoidei . . 14.0 »

Dimensionen der Nase:

1. Breite der Nasenwurzel in der Höhe des medialen Augenwinkels . . 4.0 »
2. Grösster Abstand der Nasenflügel von einander. . . . . 6.0 »
3. Nasenwurzel bis Nasenspitze . . . 6.5 »
4. Nasenhöhe . . . . 2.0 »

Dimensionen des Gesichts:

1. Nasenwurzel bis zur unteren Haargrenze . . . . 6.0 »
2. Mitte des margo infraorbitalis bis Spina menti . . . . 12.0 »
3. Mitte des margo infraorbitalis bis zur Mundspalte . . . . 6.5 »
4. Von dem einen angulus maxillae zu dem anderen . . . . 24.5 »
5. Abstand des einen angulus maxillae. vom anderen, mit dem Zirkel gemessen . . . . 12.0 »

Masse der ob. r. Extremität:

1. Länge der Arme vom Acromion bis zur Spitze des Mittelfingers . . $88^1/_2$ »
2. Grösster Umfang des Oberarmes . $27^1/_2$ »
3. Grösster Umfang des Unterarmes . $28^1/_2$ »
4. Umfang des Handgelenkes . . . . 20.0 »
5. Basis des mittl. Metacarpus bis zur Spitze des Mittelfingers. . . . $19^1/_2$ »
6. Umfang der Grundphalanx des Daumens . . . . , ... 8 »
7. Umfang der Nagelphalanx . . . . $7^1/_2$ »
8. Umfang der Grundphalanx des 3. Fingers. . . . . 8 »
9. Umfang der Nagelphalanx des 3. Fingers. . . . . $6^1/_2$ »
10. Umfang der Grundphalanx des 5. Fingers. . . . . 7.0 »
11. Umfang der Nagelphalanx des 5. Fingers. . . . . $5^1/_2$ »
12. Länge des 3. Fingers . . . . . . $12^1/_2$ »

Masse des rechten Fusses:

1. Länge des Fusses vom Hacken bis zur Spitze der grossen Zehe . . 29.0 »
2. Länge des Fusses vom Hacken bis zur Spitze der kleinen Zehe . . $23^1/_2$ »
3. Umfang des Fusses über dem Metatarso-phalangealgelenke. . . . . $26^1/_2$ »
4. Länge der grossen Zehe. . . . . 8 »
5. Umfang der Grundphalanx der grossen Zehe . . . . 10 »
6. Umfang der Nagelphalanx der grossen Zehe . . . . 10.2 »

Wenn wir uns nun zunächst die Hände ansehen, so scheinen sie von unverhältnissmässiger Grösse zu sein, wobei sofort bemerkt wird, dass die Grösse nicht auf Rechnung irgend eines Teiles allein oder vorwiegend zustande gekommen ist, sondern dass sich alle Teile an der Ausbildung der Hand in gleichem Masse beteiligt zu haben scheinen. Die Form der Hände ist dabei durchaus wohlgebildet zu nennen, irgend welche Verunstaltungen sind nicht zu konstatieren, insbesondere auch nicht die für Akromegalie typischen Verdickungen der Endphalangen; die Finger sind im Gegenteil recht schlank, drehrund und verjüngen sich sogar ziemlich bedeutend zur Spitze hin, die Nägel sind wohl ausgebildet, was auch auf der Abbildung deutlich zu sehen ist; die Finger sind verhältnissmässig sehr lang. Die Knochen sind kräftig und stark, die Weichteile viel reichlicher als normal entwickelt. Durch die starke Entwickelung der Weichteile ist die ganze Hand wohl abgerundet, und macht den Eindruck als wäre sie überall reichlich ausgepolstert. Die Breite der Hand ist sehr beträchtlich. Die Haut ist stramm und liegt den darüber gelegenen Teilen fest an; es machen sich keine Falten und Wülste bemerkbar, welche die Norm überschreiten würden. Unter diesen Umständen ist es natürlich, wenn auf dem Handrücken bei ausgestreckter Hand sich keine Einzelheiten abheben, sondern derselbe eben, gleichmässig und glatt erscheint, mit Ausnahme der den Metacarpo-phalangealgelenken entsprechenden Stellen. Auch die Innenfläche der Hand ist fleischig, Kleinfinger- und Daumenballen springen stark hervor; sie fühlt sich weich an, die Epidermis ist für eine Arbeiterhand recht zart und weist auch nicht einmal eine Andeutung von Schwielen, wie man sie in solchen Fällen zu sehen pflegt, auf.

An den Füssen finden wir ausser der auffallenden Grösse nichts; die Zehen sind sehr gut und wohl gebildet, von einer Plumpheit kann nicht die Rede sein.

Am Schädel fällt, wie schon gesagt, das Missverhältnis zwischen Gesichts- und Hirnschädel auf; der Gesichtsschädel ist unverhältnissmässig stark entwickelt, besonders zeichnet sich der Unterkiefer durch seine bedeutende Länge, durch den weiten Abstand seiner Winkel von einander und endlich durch die starke Ausbildung des Kinnes aus. Trotz der starken Entwickelung des Unterkiefers überragt dieser den Oberkiefer nicht nach vorn, es liegen die oberen und unteren Schneidezähne genau aufeinander. Das Jochbein ist ebenfalls recht stark entwickelt und tritt bedeutend hervor. Die Lippen sind stark gewulstet und mässig ektropioniert. Die Stirn endlich ist schmal und niedrig und der Scheitel des Hirnschädels abgeflacht.

Wenden wir uns nun der näheren Untersuchung des Pat. zu: Der Ernährungszustand ist ein guter. Die Haut des Körpers ist von normalem Turgor und fühlt sich überall warm an, die Pigmentation ist normal. Die Wangen sind gerötet mit einem Stich ins Blaue, die Lippen leicht bläulich gefärbt, die Hände zeigen leichte Cyanose. Die Haare sind schwarz und bedecken in dichter Fülle den Schädel; im Gesicht findet sich nur eine leichte Andeutung von Schnurrbart, nicht viel mehr als der erste Flaum, Backenbart ist nur äusserst spärlich hier und da vorhanden. Die Schamhaare sind reichlich entwickelt, sonst ist der Körper nur schwach behaart; so findet sich etwas Behaarung am Ober- Unterschenkel und am Unterarm; am Rumpfe findet sich gar keine Behaarung und auch die beim Manne in der Regel vorhandene Behaarung der Brust fehlt vollständig. Die Nägel sind, wie schon gesagt, überall gut ausgebildet.

Die Schweissbildung an Händen und Füssen ist vermehrt, so dass sie sich nass anfühlen. Der Panniculus adiposus ist überall mässig entwickelt. An den sichtbaren Schleimhäuten nichts Wesentliches zu bemerken. Die Zunge zeigt keine Vergrösserung, sie ist von einem mässigen gelblich-weissen Belag bedeckt. Die Zähne sind alle ohne Ausnahme tadellos und schliessen sich dicht an einander. Die Muskulatur ist gut entwickelt und fühlt sich überall stramm und fest an. Zirkulationsorgane: Puls = 80, kräftig, voll, celer, regularis, aequalis. Herz: Der Spitzenstoss liegt im 4. Interkostalraum, ist 3 Finger breit und reicht bis ca. 1 Finger über die Mamillarlinie; er ist sehr kräftig und deutlich sichtbar. Durch den starken Herzstoss wird die ganze Herzgegend deutlich erschüttert. Die relativen Grenzen liegen links ca. 1 Finger über die Mamillarlinie hinaus und rechts bis $^1/_2$ Finger über den rechten Sternalrand, oben bis zum oberen Rande der 2. Rippe, unten bis zum 4. Interkostalraum. Die Herztöne sind rein, der zweite Pulmonalton ist stark klappend.

Arterien: An den zugänglichen Arterien finden sich mit Ausnahme der Artt. brachiales keine deutlichen Veränderungen. Die Artt. brachiales sind aber verdickt und starr. Die Carotiden sieht man deutlich pulsieren. Der Blutdruck beträgt 153 (Riva-Rocci). Stimm- und Atmungsorgane: Die Stimme ist eigentümlich dröhnend und rauh. Der Thorax hat einen Umfang von 95 cm. in der Höhe der Mamilla, die Breite steht in guter Proportion zur Länge des Körpers, er ist jedoch recht flach und der Angulus Ludwici ist deutlich ausgeprägt. Die Atmungsexkursionen sind eigenartig. Die Rippen sind sehr stark und breit, die Interkostalräume sind ebenfalls weit und so erklärt sich leicht die oben notierte Lage des Spitzenstosses in dem 4. Interkostalraume. Die Erb'sche Dämpfung ist sehr gut ausgeprägt. An den Lungen lässt sich nichts pathologisches entdecken.

Verdauungsorgane: Das Abdomen nebst dem ganzen Intestinaltraktus, Leber und Milz weisen keine Abweichungen von der Norm auf.

Urogenitalsystem: Penis, Scrotum und Testiculi sind gut entwickelt, im Urin ist weder Eiweiss noch Zucker nachzuweisen.

Digitized by Google

Status nervosus: Die Haltung des Pat. ist eine durchaus lässige. der Kopf nach vorn gebeugt, im oberen Teile des Dorsalteiles der Wirbelsäule ist eine leichte Kyphose vorhanden, die sich aber durch stramme Haltung wieder ausgleichen lässt. Im ganzen Wesen liegt Interessenlosigkeit, Energielosigkeit, Apathie; in all' seinen Benehmungen ist Pat. äusserst langsam, träge und schlaff. Der Ausdruck des Gesichtes ist gutmütig und schläfrig. Sein Gang bietet keine Besonderheiten; mit geschlossenen Augen steht er vollkommen und fest, das Rosenbachsche Symptom ist deutlich ausgeprägt. Patellarreflex und Achillessehnenreflex sind stark und lebhaft, Fussklonus ist nicht vorhanden. An den oberen Extremitäten erhält man auf der rechten Seite beim Beklopfen der Streckmuskulatur des Unterarmes nur einen sehr schwachen Reflex, der Reflex beim Beklopfen des Radius ist deutlich, der Tricepssehnenreflex nur kaum auszulösen. Auf der linken Seite ist es nicht möglich auch nur einen Reflex auszulösen, trotz wiederholter Versuche und guter Entspannung und Erschlaffung der Extremität. Am Pectoralis major findet sich beiderseits gesteigerte idiomuskuläre mechanische Erregbarkeit. Während der Cremasterreflex links vorhanden ist, fehlt er rechts vollkommen und lässt sich auch nach wiederholt vorgenommenen Untersuchungen nicht auslösen. Die übrigen Reflexe bieten keine Abweichung von der Norm.

In dem Gebiete, das von den Hirnnerven versorgt wird, finden sich nur geringe Abweichungen, welche hier ganz kurz angegeben sein mögen. Die Zunge wird ein wenig schief herausgestrekt, sie weicht dabei nach rechts ab; der weiche Gaumen steht leider ein wenig tiefer, jedoch wird er ebensogut wie rechts innerviert und gleicht sich die Differenz der Stellung dabei vollkommen aus. Das Gehör ist abgeschwächt, das Ticken der Uhr wird beiderseits ungefähr auf eine Entfernung von 5—6 Fuss gehört, sonst ist am Gehörorgan alles intakt. Das Geruchsvermögen ist auf der linken Seite ein wenig schlechter als rechts, trotzdem die Nase beiderseits gleichgut für die Luft durchgängig ist. Am Auge ist folgender Status an der hiesigen Universitäts-Augenklinik von dem Assistenten, Herrn Dr. Ohsoling, aufgenommen worden, dem ich für die freundliche Uebermittelung der folgenden Daten hiermit meinen Dank ausspreche. Die Motilität ist normal, die brechenden Medien sind frei O. d. = Emmetropie V = 1,5. O. sin. = Hypermetropie = 0.5 D. V. s. c. = 1,3. Der Augenhintergrund zeigt keine Abnormitäten. Das Gesichtsfeld ist etwas eingeengt, der Farbensinn ist normal. Auffallend war bei der Untersuchung die hochgradige Ermüdbarkeit des Patienten. Die motorische Kraft in den Armen ist deutlich herabgesetzt, in den Händen entschieden nicht der wohlentwickelten Muskulatur entsprechend, an den Beinen ist sie ebenfalls herabgesetzt; beim Austrecken der Hände wird an denselben ein grobschlägiger, ziemlich starker Tremor wahrgenommen. Sensibilität: deutliche Veränderungen der Sensibilität lassen sich an den einzelnen Körperregionen nicht nachweisen, nur muss die Tatsache, auffallen, dass die Empfindlichkeit gegen Stiche auf dem Rücken grösser ist als auf Brust und Bauch.

Temperaturempfindung ist überall gut, jedoch besteht für die Wärmeempfindung, besonders an der Innenseite des linken Unterschenkels, eine Verlangsamung der Leitung. Die Antwort auf die Berührung mit dem warmen Reagensgläschen liess dort sehr viel länger auf sich warten als nach der Berührung mit dem kalten Gläschen.

Die Lokalisation erfolgte stets prompt und richtig.

Der Muskelgefühl ist tadellos. Von vasomotorischen Erscheinungen sind bereits oben genannt worden Cyanose der Wangen, der Lippen und der Hände mässigen Grades.

In bezug auf die Schweisssekretion ist auch schon erwähnt worden, dass sie an den Händen stark vermehrt ist; trotzdem Pat. ruhig im Bett liegt und das Zimmer durchaus nicht überhitzt ist, sind die Hände doch ganz feucht.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass von der Thyreoidea absolut nichts zu palpieren war.

Die Temperatur betrug am Abend des ersten Tages 37.8, trotzdem ein Grund dazu sich nicht eruieren liess. Pat. hatte keine subjektiven Beschwerden, wie sie ein Fieber zu begleiten pflegen, und es liessen sich keine objektiven Veränderungen nachweisen, die einen hinreichenden Grund zu der konstatierten Temperaturerhöhung hätten abgeben können.

(Schluss folgt).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Mitteilungen aus der Augenklinik in Jurjew. Herausg. von Prof. Dr. Th. v. Ewetzky. Berlin. S. Karger. Heft I u. II. 1904—05.

Inhalt:

Heft I. Ewetzky: Ueber das Syphilom des Ciliarkörpers.
Heft II. Rubert: Ueber Veränderungen des Augenhintergrundes bei Lepra.
Engelmann: Tonometrische Untersuchungen an gesunden und kranken Augen.
Werncke: Ein Beitrag zur Onkologie des Auges und seiner Adnexa.
Wernoke: Einige weitere Beiträge zur Aniridia completa congenita bilateralis.
Hollmann: Ueber Gesichtsfeldveränderungen nach Alkoholrausch.
Sesülinsky: Ueber Gesichtsfeldveränderungen nach Vergiftung mit Nitrobenzol und Stickstoffoxydul.

Es gilt Versäumtes nachzuholen, wenn wir diese beiden Hefte hiermit gleichzeitig zur Anzeige bringen. Wir tun es um so lieber, als wir nun nachträglich Gelegenheit haben diese neue Serie von Publikationen aus der Jurjewer, vormals Dorpater, Augenklinik willkommen zu heissen.

Im I. Heft bietet Prof. Ewetzky an der Hand eigener und in der Literatur niedergelegter Beobachtungen eine sehr vollständige Darstellung des Syphiloms des Ciliarkörpers in klinischer und anatomischer Hinsicht. Der Wert dieser Monographie wird durch eine übersichtliche tabellarische Zusammenstellung von 67 Fällen aus der Literatur und durch ein ausführliches Verzeichnis der letzteren nebst kritischen Bemerkungen noch wesentlich erhöht.

Das II. Heft enthält eine Reihe beachtenswerter Arbeiten von ehemaligen Assistenten der Klinik, denen z. T. deren Dissertationen zu Grunde liegen. Ruberts ophthalmoskopische Beobachtungen an den Leprösen der livländischen Leprosorien (J. D. 1903) bereichern und vervollständigen in dankenswerter Weise unsre einheimische Lepraliteratur (cfr. spec. Hulanicki «Die leprösen Erkrankungen der Augen» (Dissertation, Dorpat 1892).

Engelmann's tonometrische Studien (J. D. 1903), ausgeführt mit Maklakow's Tonometer, dürften den Wert dieses Instruments sowohl für theoretische Untersuchungen über den Augendruck und die physiologischen Bedingungen seiner Schwankungen, als auch für praktisch-klinische Zwecke, d. h. für exakte Bestimmung pathologischer Druckverhältnisse erweisen.

Werncke bietet einige Befunde seltener Geschwulstformen des Bulbus, der Lider, der Tränendrüse etc. (Lymphangiom, Endotheliome) und die Beschreibung mehrerer Fälle von doppelseitigem vollständigem Irismangel. Hollmann führt auf Grund von perimetrischen Untersuchungen an akademischen Mitbürgern den Nachweis regelmässiger konzentrischer Einengung des Gesichtsfeldes und häufiger peripherer Skotome in dem bekannten auf Excesse in Baccho folgenden Zustande. Von Interesse ist auch Sesülinsky's Beitrag zur Toxikologie des Sehorgans.

Gern sehen wir dem Erscheinen weiterer «Mitteilungen» aus der Dorpat-Jurjewer Augenklinik entgegen. **Blessig.**

Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904.

Vierte Sitzung *).

Donnerstag, den 19. August 9 Uhr Morgens.

I. Dr. E. Mey-Riga: Blasses Aussehen bei Kindern.

Diskussion:

Dr. Kikuth-Riga: Oftmals möge es ja richtig sein, dass hinter den Erscheinungen der Anaemie eine psychische Disharmonie in der Entwickelung des Kindes zu suchen ist; ich glaube aber auch, dass wir sehr häufig hinter diesen Erscheinungen eine schwere konstitutionelle Krankheit finden können. Nicht gar so selten hatte ich die Gelegenheit anämische Kinder zu untersuchen, die aus der Sprechstunde des einen in die des anderen unter der Diagnose «Anaemie» gewandert waren. Eine längere Beobachtung dieser Kinder und die oftmalige Untersuchung derselben liess als Grund des blassen Aussehens eine Tuberkulose der Lungen oder eine Drüsentuberkulose erkennen. Die Anaemie war also nur ein Symp-

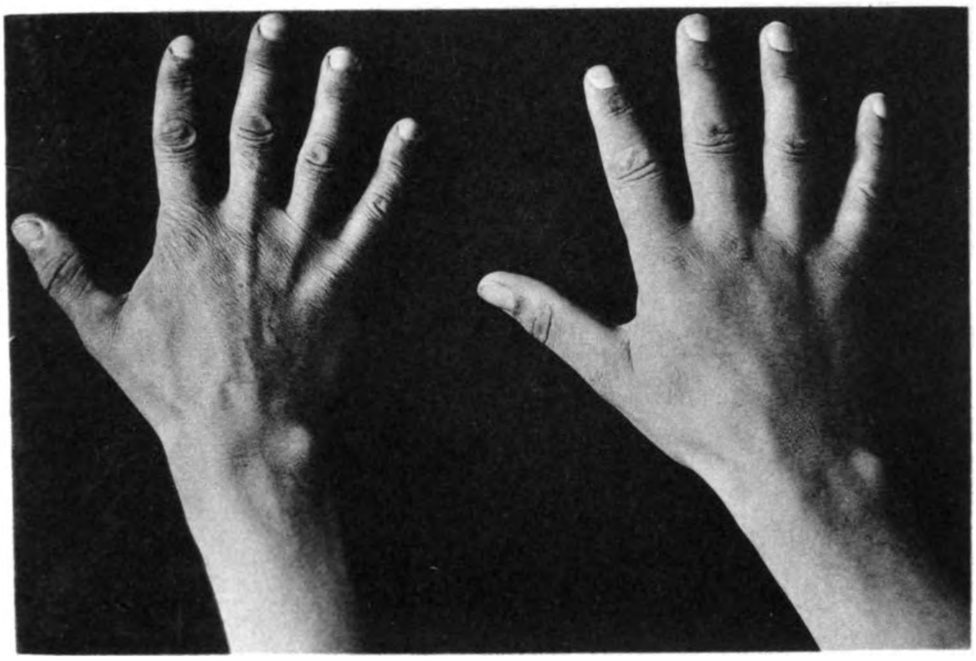
*) Eingegangen am 6. Juli 1905, (d. Red.).

Digitized by Google

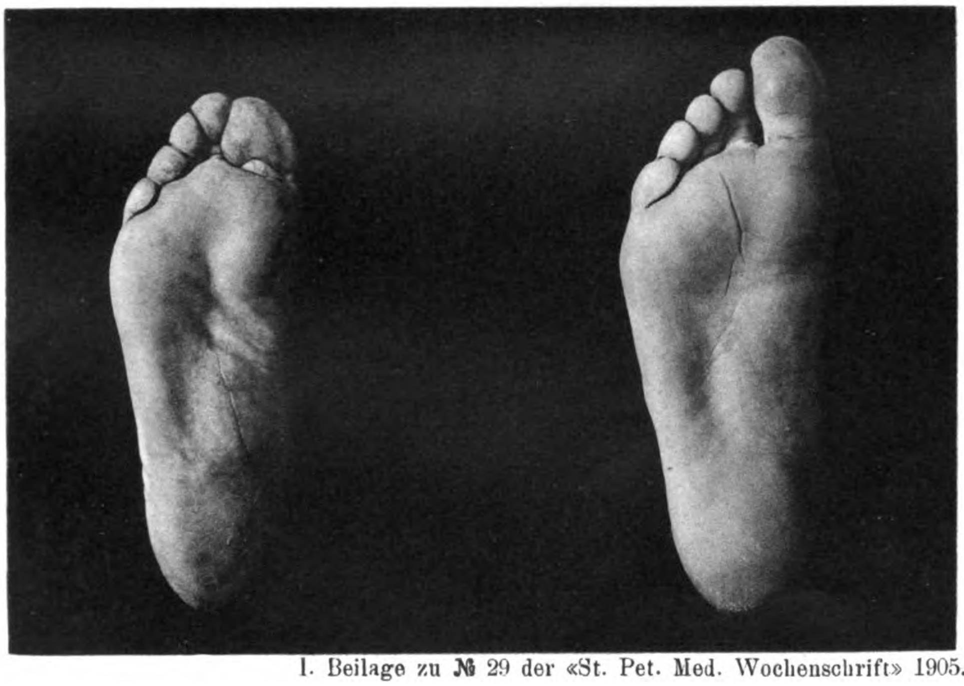
905.

Dr. F. Klau: Akromegalie.

Normale Vergleichshand. Akromegalie.



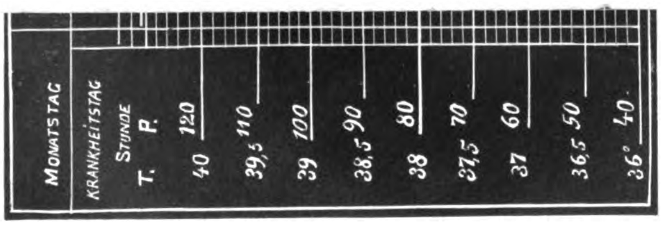
Normaler Vergleichsfuss. Akromegalie.



I. Beilage zu № 29 der «St. Pet. Med. Wochenschrift» 1905.

Тип. Р. ГОЛИКЕ и А. ВИЛЬБОРГЪ.

Septen



Bemerk

ɔn abzuwarten und sucht aus
gte wieder hervorzuholen. —
kongresse, zuletzt auch der
unisono die Abschaffung der
hung der Kinder, verlangt.
ɔn Bedauern sind die meisten
ⁿnen geraten, die mit mei-
haben. Ich habe weder
oder Geisteskranken ge-
a n ä m i s c h e Kinder zu
uberkulose aufweisen, so
.ch nur von b l a s s aus-
.be, bei welchen, nach wie-
r g a n i s c h e n Verän-
:e organisch kranken Kin-
ıgen ausgeschlossen, was
ɔe. Ferner ist in meinem
ı Züchtigung von Kindern
einem bis höchstens drei
soll für die Körperstrafe

r c h l o r h y d r i e u. H y-
:ht erhalten).
pat): U e b e r d i e H ä n-
r a n k u n g e n. (Mit De-
·ate).
erhalten.)
ı n:
ɪnose der chronischen hy-
. weil der Tumor innige
eingeht und Erscheinun-
rgrund treten. In einem
tomie gemacht, die Gallen-
Pankreastumor für Kar-
(erbsengrosser Tumor auf
ie vorläufig gestellte In-
rweise nicht erfüllt, denn
attgehabten Operation ste-
ɣ völlig wohl.
vor, dass die Differential-
von R i e d e l als «e i s e n-
er anatomisch als circum-
beschränkte interstitielle
ɔm Scirrhus des Pankreas
der klinischen Symptome
ınd daher auch, zumal in
ıtzt noch nicht gar selten
Auch das Fibrokarzinom
ı Pankreaskopf und führe
.es auf das Duodenum zu
ɔr durch Obstruktion des
ıntlich in 95% der Fälle
ɛ durchsetzt und nur in
:h gelegen ist, zu Ikterus.
:n zu diagnostischen Zwe-
·entialdiagnostische Kenn-
ı t e n s die bei R i e d e l's
ɪrhandenen, beim Krebs in
len starken Schmerzen,
ld sich geltend machende
ɔmagerung der Kranken;
Laparotomie bei der Pal-
geltend machende höcke-
ler beim R i e d e l s c h e n
ɣlatt ohne Erhabenheiten
ler klinische Verlauf eine
bar zum Tode führt, der
rend jener benigne Tumor
und selbst ohne irgend
er oder später vollständig
ɪgemäss wird diese Rück-
ıfacher Probelaparotomie
den Grund hierfür anzu-
ı etwaige Duodenalstenose
auch hier oft palliatives
le, Gastroenterostomie u.
Entfernung eines Gallen-
hus resp. aus dem Diver-
ɔr Enge des Lumens des
ınges des Choledochus ist
t e r a e t i o l o g i s c h e r
der Pankreaserkrankung

r K o m p l i k a t i o n e n
p e n d i x. (Ist in Nr. 48
ɔnen).
n:
Chirurgen die Frage be-
en gesunden Wurmfortsatz

Digitized by Google

Status nervosus:
durchaus lässige, der K
Teile des Dorsalteiles der
vorhanden, die sich aber
gleichen lässt. Im ganzen
Energielosigkeit, Apathie
ist Pat. äusserst langs.
des Gesichtes ist gutm
keine Besonderheiten;
kommen und fest, d
ausgeprägt. Patell
reflex sind stark un
den. An den oberen E
Seite beim Beklopfen
nur einen sehr schwac
Radius ist deutlich, der
Auf der linken Se
nur einen Refle
Versuche und guter E
tremität. Am Pectoral
gerte idiomuskuläre m
Cremasterreflex
vollkommen und läss
menen Untersuchungen
bieten keine Abweichun

In dem Gebiete, da
wird, finden sich nur g
kurz angegeben sein
schief herausgestrekt,
weiche Gaumen steht
ebensogut wie rechts i
der Stellung dabei vollko
das Ticken der Uhr w
fernung von 5—6 Fuss
intakt. Das Geruchsv
wenig schlechter als
gleichgut für die Luft
gender Status an der
dem Assistenten, Herrn
den, dem ich für die
den Daten hiermit mei
normal, die brechende
V = 1,5. O. sin. = Hyp
Augenhintergrund zei
sichtsfeld ist et
ist normal. Auffalle
die hochgradige
Die motorische Kr
gesetzt, in den Händen
ten Muskulatur entspre
herabgesetzt; beim Aus
ein grobschlägige
wahrgenommen. Sens
der Sensibilität lasse
regionen nicht nach
auffallen, dass die Em
auf dem Rücken g
Bauch.

Temperaturemp
steht für die Wär
Innenseite des linken
mung der Leitun
dem warmen Reagensgl
sich warten als nach de

Die Lokalisatio
Der Muskelgefü
schen Erscheinungen
Cyanose der Wange
Grades.

In bezug auf die Sc
erwähnt worden, dass
trotzdem Pat. ruhig im
nicht überhitzt ist, sind

Zum Schlusse sei noc
absolut nichts zu palpie

Die Temperatur
37.8, trotzdem ein Gru
hatte keine subjektive
begleiten pflegen, und
änderungen nachweisen
der konstatierten Temp

Digitized by Google

tom dieser Krankheit. Was die körperliche Züchtigung anbelangt, so bin ich der Meinung, dass man vollkommen ohne eine solche auskommen könnte; mit wohlgemeinten Worten dürfte man wohl mehr erreichen als mit einem wohlgezielten Schlage; der moralische Einfluss dürfte bei sich entwickelnden Kindern nachhaltiger sein, als eine körperliche Züchtigung.

Prof. Tschish: Durch die Erfahrungen der Psychiater wird die vollständige Nutzlosigkeit der Bestrafung vermittelst körperlicher Schmerzen dargelegt, derartige Bestrafungen bringen nur Schaden. Der Psycholog kann die Folgerungen der Psychiatrik bestätigen. Die Erinnerung an einen physischen Schmerz pflegt eine so schwache zu sein, dass eine solche Bestrafung bei stumpfen, in psychischer Hinsicht trägen Kindern einen ernstlichen erzieherischen Einfluss gar nicht haben kann. Auf die reizbaren, zu Affekten geneigten, nicht im psychischen Gleichgewicht befindlichen Kinder können derartige Strafen einen sehr schädlichen Einfluss haben, da auf solche Kinder der psychische Schmerz der physischen Strafe stark und oft schädlich wirkt.

Dr. Koppe-Pernau: Nach K.'s Erfahrungen aus der Praxis lässt sich bei widerspenstigen Kindern ein Schlag mit der flachen Hand nicht vermeiden und erzielt meist eine längerdauernde gute Wirkung; vielfach wird dadurch die Behandlung der Kinder ermöglicht. Auch bei Irren glaubt K., auf Grund mehrjähriger Erfahrung, den kalten Ueberguss als heilsame Strafe bei unflätigem Betragen empfehlen zu können.

Dr. Ströhmberg-Jurjew spricht sich gegen die körperliche Züchtigung der Kinder aus.

Prof. Tschish: Die körperlichen Strafen haben freilich einen momentanen Erfolg, die schliesslichen Resultate sind jedoch schlechte.

Dr. Apping-Wolmar: Ich lege viel Gewicht auf Ausbildung des Gehorsams in der frühesten Jugend und ist in diesem Alter ab und zu als bestes Mittel eine kurzdauernde vernünftige körperliche Züchtigung zu empfehlen. Eine derartige verdiente Züchtigung ist durchaus nicht für ein Kind erniedrigend und wird, da die Kinder ein gutes Gedächtnis haben, bis ins hohe Alter nicht vergessen, was ich im Gegensatz zu den Ausführungen des Prof. Tschish bemerken möchte.

Dr. Paldrock-Jurjew: Ich kann mich in keiner Weise für eine Körperstrafe bei Kindern aussprechen. Am wenigsten ist sie in der Sprechstunde am Platz und als Mittel zur Herstellung der Autorität des Arztes gegenüber den Patienten, in unserem Falle — Kindern, sollte sie niemals in Anwendung kommen. Dr. Ströhmberg hob hervor, dass es ein Testimonium für die Eltern ist, wenn sie bei ihren Kindern Körperstrafen anwenden müssen. Ich sehe davon ab, das Ebengesagte weiter auf das Verhältnis von Arzt und Patient auszuspinnen.

Dr. Sintenis-Pernau: Mir erscheint ein Schluss von den psychisch Kranken auf die Kinder durchaus unstatthaft. Die Denkarbeit des Irren ist gestört, das Gemütsleben des Kindes dagegen ist eine hervorragend plastische Masse. Es ist also gar kein Grund vorhanden zu fürchten, dass eine Strafe vergessen werde. Das Kind vergisst gar nicht so leicht. Die Hauptfrage ist die nach dem Alter des Kindes. Die Erziehung des Kindes soll im ersten Halbjahr einsetzen, dann soll sie mit 3 Jahren soweit vollendet sein, dass das Kind quasi sich selbst weitererzieht. Nach diesem Alter sollen Schläge nicht mehr nötig sein.

Dr. Pacht-Wellan: Namhafte Pädagogen entscheiden die Frage der körperlichen Züchtigung dahin, dass die Erziehung durch dieselbe in einem Alter abgeschlossen sein muss, aus dem keine Erinnerungen für das spätere Leben bleiben, also etwa mit dem 3. Jahre. Als Ergänzung zu den Ausführungen des Kollegen Mey, nach denen eine schlechte körperliche Entwicklung — blasses Aussehen der Kinder — durch psychische Störungen veranlasst sein können, möchte ich anführen, dass häufig auch das Umgekehrte der Fall ist und der Hausarzt oft in die Lage kommt, Kinder vor Strafen zu schützen, bei denen Unlust und Ungezogenheit durch nachweisbare gesundheitliche Störungen bedingt ist, die sich oft nur durch geringe Temperatursteigerungen manifestieren, und ihren Grund in Anämie, Skrophulose und Tuberkulose haben.

Dr. Hirschberg,-Riga: Im neuesten Manifest hat der Staat, zur grossen Freude aller intelligenten Menschen, die Unhaltbarkeit der Körperstrafe für Verbrechen durch Aufhebung derselben besiegelt. Da man doch auch Kinder nur dann schlägt, wenn man sie strafen will, so wird auch dem werdenden kindlichen Gemüt die Anwendung moralisch-ethischer Mittel angepasster sein. Im ganzen greifen Eltern und Erzieher doch zum Prügeln, wenn es mit ihrer eigenen Geduld zu Ende ist, also wo ihre erzieherische Fähigkeit, Herr der Situation zu bleiben, zu Ende ist. Mit der Verteidigung der Prügelstrafe von seiten der Aerzte, welche die Lehrer der biologischen Prinzipien sein sollen, lässt sich ein Rückfall ins Mittelalter konstatieren. Man hat keine Geduld die Erfolge der modernen Erziehungsmethoden abzuwarten und sucht aus der Rumpelkammer das Abgelegte wieder hervorzuholen. — Im übrigen haben alle Aerztekongresse, zuletzt auch der Pirogow-Kongress in Russland, unisono die Abschaffung der Prügelstrafe, auch bei der Erziehung der Kinder, verlangt.

Dr. Mey: Zu meinem grossen Bedauern sind die meisten der Herren Diskussionsredner in Bahnen geraten, die mit meinen Ausführungen nichts zu tun haben. Ich habe weder von Anämie noch von Verbrechern oder Geisteskranken gesprochen. Wenn Dr. Kikuth auf anämische Kinder zu sprechen kommt, die eine Lungentuberkulose aufweisen, so mache ich darauf aufmerksam, dass ich nur von blass aussehenden Kindern gesprochen habe, bei welchen, nach wiederholter Untersuchung, keine organischen Veränderungen nachzuweisen sind; alle organisch kranken Kinder habe ich bei meinen Ausführungen ausgeschlossen, was ich in meinem Vortrage betont habe. Ferner ist in meinem Vortrage nur von einer körperlichen Züchtigung von Kindern die Rede gewesen, die im Alter von einem bis höchstens drei Jahren stehen, jedes andere Alter soll für die Körperstrafe unbedingt ausgeschlossen werden.

II. Dr. Büttner-Riga: Hyperchlorhydrie u. Hypersekretion. (Manuskript nicht erhalten).

III. Dr. Truhart-Jurjew (Dorpat): Ueber die Häufigkeit der Pankreaserkrankungen. (Mit Demonstration mikroskopischer Präparate).

(Manuskript nicht erhalten.)

Diskussion:

Dr. Bergmann-Riga: Die Diagnose der chronischen hypertroph. Pankreatitis ist schwierig, weil der Tumor innige Beziehungen zum Gallengangsystem eingeht und Erscheinungen von seiten dieses in den Vordergrund treten. In einem derartigen Fall hat Ref. die Laparotomie gemacht, die Gallenblasenadhäsionen getrennt und den Pankreastumor für Karzinom erklärt, weil eine Metastase (erbsengrosser Tumor auf der Gallenblase) vorhanden war. Die vorläufig gestellte infauste Prognose hat sich glücklicherweise nicht erfüllt, denn Pat. hat seit der vor ca. $1/2$ Jahr stattgehabten Operation stetig zugenommen und ist gegenwärtig völlig wohl.

Dr. Truhart-Jurjew hebt hervor, dass die Differentialdiagnose zwischen diesem benignen, von Riedel als «eisenhart» bezeichneten Tumor, welcher anatomisch als circumscripte auf den Kopf des Pankreas beschränkte interstitielle Pankreatitis aufzufassen ist, und dem Scirrhus des Pankreas in der Tat wenigstens bezüglich der klinischen Symptome mancherlei Schwierigkeiten bietet und daher auch, zumal in früheren Zeiten häufig, aber auch jetzt noch nicht gar selten zu Verwechselungen Anlass giebt. Auch das Fibrokarzinom habe überaus häufig seinen Sitz im Pankreaskopf und führe daher wie jener zufolge des Druckes auf das Duodenum zu Stenose des Darmrohrs oder aber durch Obstruktion des Ductus Choledochus, welcher bekanntlich in 95% der Fälle den Pankreaskopf in seiner Substanz durchsetzt und nur in 5% der Fälle nicht interpankreatisch gelegen ist, zu Ikterus. Die Probelaparotomie sei schon allein zu diagnostischen Zwecken geboten. Als wesentliche differentialdiagnostische Kennzeichen wären hervorzuheben: erstens die bei Riedel's eisenhartem Tumor meist nicht vorhandenen, beim Krebs in bestimmten Intervallen auftretenden starken Schmerzen, zweitens die bei diesem sehr bald sich geltend machende Krebskachexie, die starke Abmagerung der Kranken; drittens die nach stattgehabter Laparotomie bei der Palpation des Tumors beim Krebs sich geltend machende höckerige Oberfläche des Pankreaskopfes, der beim Riedelschen Tumor sich zwar bretthart, aber glatt ohne Erhabenheiten erweist; viertens endlich giebt der klinische Verlauf eine sichere Lösung, da der Krebs unfehlbar zum Tode führt, der meist in 6—10 Monaten erfolgt, während jener benigne Tumor eine durchaus gute Prognose giebt und selbst ohne irgend welchen operativen Eingriff sich früher oder später vollständig zurückzubilden vermag. Erfahrungsgemäss wird diese Rückbildung selbst auch schon nach einfacher Probelaparotomie beschleunigt, ohne dass man bisher den Grund hierfür anzugeben vermag. Der Ikterus und die etwaige Duodenalstenose erheischen wie beim Pankreaskrebs auch hier oft palliatives Einschreiten (Cholecysto-Enterostomie, Gastroenterostomie u. s. w.) oder aber eventuell auch die Entfernung eines Gallensteines aus dem Gange des Choledochus resp. aus dem Diverticulum der Ampulla Vateri. Bei der Enge des Lumens des den Pankreaskopf durchsetzenden Ganges des Choledochus ist die Cholelithiasis als wesentlichster aetiologischer Faktor bei dieser typischen Form der Pankreaserkrankung anzusehen.

IV. Dr. O. Brehm-Riga: Ueber Komplikationen bei Erkrankungen des Appendix. (Ist in Nr. 48 Jahrg. 1904 dieser Zeitschrift erschienen).

Diskussion:

Dr. Mey-Riga möchte von den Chirurgen die Frage beantwortet wissen, ob sie je einen gesunden Wurmfortsatz

Digitized by Google

entfernt haben und wie ein solcher in seinem Lumen aussieht.

Dr. Bergmann-Riga: Von Küttner sind Fälle mitgeteilt worden, wo bei belastender Anamnese der Befund makroskopisch und mikroskopisch normal war. Eine Kongruenz zwischen patholog.-anatom. Befunde und klinischen Erscheinungen kann bisher nicht festgestellt werden. Man findet die verschiedensten Bilder — äusserlich normales Aussehn, exquisite Veränderungen der Schleimhaut und wiederum bei lebhaft injizierter Serosa eine scheinbar normale Mucosa, sogar trotz eitrigen Inhaltes. Wie die Küttner'schen analogen Fälle zu erklären sind, steht dahin; es wäre denkbar, dass eine katarrhalische Erkrankung des Coecum die Ursache abgiebt, denn es ist daran festzuhalten, dass, wenn auch als Ausnahme, Erkrankungen des Coecum mit Perforation vorkommen — als echte Typhlitis, wie sie die alte Schule lehrte. Zu betonen ist, dass nach Entfernung eines obliterierten atrophischen, scheinbar also gar nicht mehr in Betracht kommenden Processus vermiformis jahrelange Beschwerden beseitigt worden sind, wodurch der beste Einfluss auf das Allgemeinbefinden erzielt wurde.

V. Dr. Thilo-Riga hält seinen angekündigten Vortrag: «Die Behandlung der steifen Gelenke».

Wegen der vorgerückten Zeit giebt er nur einen kurzen Ueberblick über seine Art der Behandlung. Die Ausführung derselben erläutert er an seinen in einem Nebenraum aufgestellten Apparaten ausserhalb der Sitzung.

Th. weist darauf hin, dass vor allen Dingen die Entstehung von Versteifungen zu verhüten ist.

Auf diesem Gebiete wird, seiner Ansicht nach, noch immer viel gesündigt, besonders bei Lähmungen.

Nur zu häufig entwickeln sich z. B. nach Kinderlähmungen Spitzfüsse, Klumpfüsse und Greifhände, die man durch frühzeitiges Anlegen von Schienen sicher vermeiden könnte.

Th. erläutert einige von ihm zu diesem Zwecke ersonnene und hergestellte Schienen. Er zeigt, dass sie schnell und bequem angelegt werden können und dass der Kranke es daher bald erlernt, sie selbständig zu benutzen. Ihre Anschaffung erfordert nur geringe Kosten.

Th. lässt sie meistens nur in der Nacht tragen und für den Tag entfernen, damit sie den Gebrauch der Gliedmassen nicht am Tage stören.

Ausserdem lässt er massieren, elektrisieren und die von ihm mehrfach veröffentlichten Uebungen ausführen. (Vergl. unter and. Thilo: Uebungen. Samml. klin. Vorträg. v. R. Volkmann Berlin 1897, März) Auch bei Lähmungen der Gesichtsmuskeln ist es Th. nicht selten gelungen durch Züge mit Heftpflaster Entstellungen des Gesichtes zu verhüten. Hierbei werden z. B. die Schiefstellungen des Mundes mit Heftpflasterstreifen überkorrigiert und so wird es den geschwächten Muskeln erleichtert, ihre verlorene Leistungsfähigkeit wiederzuerlangen mit Hilfe von Massage, Uebungen und Elektrisieren. Th. meint, es wäre sehr wünschenswert, dass die Nervenärzte sich aller dieser Mittel mehr bedienten, als es bisher der Fall ist; denn gerade die Nervenärzte haben am meisten Gelegenheit frische Lähmungen zu behandeln, bei denen noch keine Muskelverkürzungen und Verbildungen der Gelenkteile eingetreten sind. Freilich ist es dann erforderlich, dass die Nervenärzte sich vom Orthopäden ein wenig im Gebrauche der Schienen unterweisen lassen. Ein Blick auf die vorgelegten Schienen wird jedoch wohl genügen, um zu erkennen, dass ihre Verwendung nicht allzuschwer erlernt werden kann.

Hierbei kann die ganze Behandlung immer in der Hand eines und desselben Arztes bleiben und erst dann braucht der Nervenarzt den Kranken einem Chirurgen zu übergeben, wenn Sehnendurchschneidungen und Sehnenüberpflanzungen erforderlich sind.

Bei Versteifungen, die durch Verletzungen entstehen, wird allerdings am besten ein Chirurg von vornherein die Behandlung übernehmen, aber auch der Chirurg hat mehr als bisher darauf zu achten, dass keine steifen Gelenke entstehen. Er kann bei Knochenbrüchen durch frühzeitige Bewegungen der benachbarten Gelenke oft mit Sicherheit Versteifungen verhüten. Schon seit vielen Jahren wendet Th. auch bei frischen Gelenkentzündungen frühzeitig, allerdings sehr vorsichtige Bewegungen an, da oft nur dann die volle Beweglichkeit erhalten werden kann, wenn noch keine ausgedehnten Verklebungen der Gelenkflächen eingetreten sind.

Für diese Bewegungen hat Th. besondere einfache Vorrichtungen hergestellt, welche dem Kranken die Möglichkeit bieten, zu Hause mit eigener Hand seine Gelenke zu bewegen. Th. hält es für sehr wichtig, dass der Kranke mit eigener Hand diese Bewegungen ausführt, da sie dann ganz besonders schonend sind.

Die Bewegungsvorrichtungen erläutert Th. in einem Nebenraume; er zeigt, dass er anfangs nur Bewegungen von 10° und weniger vornehmen lässt.

Derartige Bewegungen eines entzündeten Kniegelenkes hält Th. für weniger eingreifend, als das Gehen mit Stützvorrichtungen; denn mit Recht weist König*) darauf hin, dass selbst die besten Gehschienen nur unvollkommen das Kniegelenk imobilisieren und vom Körpergewicht entlasten. Dieses Gehen jedoch hält man ganz allgemein für ungefährlich. Th. weist darauf hin, dass nach Untersuchungen von König, die Flächen entzündeter Gelenke sich mit einem Belage bedecken, der an den Belag der Luftröhre bei Katarrhen erinnert. Dieser Belag fehlt an den Berührungsflächen der Gelenke, da er hier bei Bewegungen zerrieben wird. Ausserdem beschleunigen die Bewegungen den Blutkreislauf im Gelenke und beschleunigen so die Entfernung des zerriebenen und gelösten Belages. Hieraus ersieht man wohl, dass die Bewegungen bei entzündeten Gelenken ein Heilmittel sind, welches unmittelbar Krankheitserreger zerstört und entfernt. So erklärt sich jene wohltuende und schmerzstillende Wirkung der Bewegungen bei vielen veralteten Gelenkleiden.

Ganz selbstverständlich sind die Bewegungen so vorsichtig auszuführen, dass gröbere Zerreissungen von Blutgefässen vermieden werden. Dieses erreicht man mit grosser Sicherheit, wenn der Kranke mit eigener Hand die Bewegungen an sich vornimmt. Er macht dann nur solche Bewegungen, die schmerzlos sind, und vermeidet so sicher Verletzungen des Gelenkes. In früheren Jahren hat Th. die passiven Bewegungen sehr häufig mit eigener Hand schmerzlos für den Kranken ausgeführt, da er seine Apparate noch nicht ersonnen und hergestellt hatte. Jedoch waren diese Bewegungen sehr zeitraubend, ermüdend und doch ungenügend.

Gewaltsame Bewegungen entzündeter Gelenke hält Th. geradezu für lebensgefährlich. Er meint, dass leider solche Bewegungen noch immer vorkommen und dass die üblen Folgen dieser Kunstfehler die grossen Vorurteile gezeitigt haben, die noch immer gegen die Behandlung der Gelenkentzündungen mit Bewegungen und Massage bestehen.

Bei gröberen Zerstörungen des Gelenkes, bei Eiteransammelungen u. s. w. hält Th. die Behandlung mit Bewegungen für schädlich. Hier ist die Gelenkhöhle zu eröffnen, die krankhaften Teile sind nach Möglichkeit zu entfernen und durch starre Verbände muss das Gelenk vollständig versteift werden.

(Autoreferat).

Für die Diskussion mit Dr. Bergmann wurde ein Zettel abgegeben.

Diskussion:

Dr. Bergmann-Riga: Die von Dr. Thilo empfohlene Behandlungsmethode ist vorzüglich bei sogenannten Katarrhalformen der Gelenke; die rationelle Methode der Behandlung wirklich tuberkulöser Gelenke ist aber die Ruhe eventuell Kompression. Abgehen von diesem Prinzip kann die allerschwersten Folgezustände haben.

Dr. Thilo führt gegen Dr. Bergmann an, dass seine Bewegungen mit grosser Vorsicht ausgeführt wurden und dass er im Laufe von 20 Jahren bei dieser vorsichtigen Behandlung keine schädlichen Folgen gesehen habe. Natürlich sei es ihm nicht in allen Fällen gelungen eine vollständige Heilung zu erreichen, aber das gelingt auch oft bei anderen Behandlungsmethoden nicht, wohl aber trat in sehr vielen Fällen dauernde Heilung ein. Bei Eiterungen und hochgradigen Zerstörungen des Knochens ist selbstverständlich operativ vorzugehen.

VI. Dr. Engelmann-Riga: Ueber die Bottinische Operation der Prostatahypertrophie.

VII. Dr. W. von Grot-Riga: Kasuistische Mitteilungen über Verletzungen der männlichen Genitalien. (Erschienen in Nr. 6, Jahrg. 1905 dieser Zeitschrift).

VIII. Dr. Paldrock-Dorpat: Der Gonokokkus und seine Nährböden.

Dr. Paldrock demonstriert seine Gonokokkennährböden, die aus Ascitesflüssigkeit, Fleischwasser und Agar bestehen und ganz durchsichtig wie Wasser sind. Zugleich demonstriert er seine auf diesen Nährböden gezüchteten Gonokokkenreinkulturen. Demnächst verspricht Vortragender nähere Angaben über seine Versuche durch Publikation im «Русск. журн. кожн. и венер. бол., Харьковъ» zu geben; dabei betont er, dass seinen Erfahrungen nach Gonokokken nur auf Nährböden gezüchtet werden können, die gelöstes menschliches Eiweiss enthalten.

Schluss der IV. Sitzung.

---

*) König: Die spezielle Tuberkulose der Knochen und Gelenke. Berlin 1896.

Digitized by Google

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Militär-Medizinalinspektor des Finnländischen Militärbezirks, Geheimrat Dr. Gawrilko, ist zum wirklichen Geheimrat befördert worden, unter gleichzeitiger Verabschiedung mit Uniform und Pension, krankheitshalber.

— Der ordentliche Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Hospitalklinik an der Warschauer Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Maximow, ist seiner Bitte gemäss verabschiedet worden.

— In Kischinew beging am 1. Juli der ältere Arzt des 207. Kischinewschen Infanterieregiments, Dr. Wladislaw Wolski, das 30-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit.

— Zum Direktor der Wilnaschen Bezirks-Irrenanstalt ist der bisherige Direktor der Warschauer Heilanstalt für Geisteskranke, Dr. Chardin, ernannt worden, an dessen Stelle wieder, wie wir bereits meldeten, Dr. J. Ssabaschnikow, Oberarzt des Warschauer St. Johannes-Irrenhospitals, tritt.

— Der Oberarzt des Leibgarderegiments zu Pferde, Staatsrat Dr. Alexander Dwukrajew, ist zum Beamten für besondere Aufträge VI. Klasse beim St. Petersburger Generalgouverneur ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Die St. Petersburger städtische Hospitalkommission hat folgende Stadtverordnete zu Kuratoren der städtischen Hospitäler gewählt: für das Alexanderhospital — S. A. de Carrière; für die Irrenanstalt Nikolai Tschudotworez — Dr. A. E. Bary; für das Obuchowhospital — I. I. Dernow; für das Barackenhospital — Graf Tolstoi; für das Marien-Magdalenenhospital — N. A. Olsen; für das Peter-Paulhospital — A. M. Ssokow; für das Kinderhospital zum Gedächtniss an die Krönung Ihrer Majestäten — W. N. Krestin; für das Kalinkinhospital — Graf W. A. Mussin-Puschkin und für die städtischen Wohltätigkeitsanstalten — A. J. Kabat.

— Verstorben: 1) In Pleskau der Divisionsarzt der 24. Infanterie-Division, Staatsrat Dr. Wladislaw Labuz, im 56. Lebensjahre nach mehr als 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 2) In der Staniza Sslawjansk der Oberarzt des dortigen Hospitals des Kubanschen Kosakenheeres Dr. Timotheus Shdanow im Alter von 47 Jahren. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene i. J. 1882 erlangt. 3) In Kursk der Ordinator der chirurgischen Abteilung des Gouvernements-Landschaftshospitals Dr. Wsewolod Rumjanzow an Aktinomykose im 44. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Moskauer Universität, an welcher er 1890 den Arztgrad erlangte. Er hat seine ganze ärztliche Tätigkeit dem Landschaftsdienst im Gouv. Kursk gewidmet und genoss den Ruf eines tüchtigen Chirurgen, beschäftigte sich aber ungern mit Privatpraxis. Seine zahlreichen Arbeiten auf dem Gebiete der Chirurgie und sozialen Medizin veröffentlichte er in den «Arbeiten der Gesellschaft Kursker Aerzte», in den Protokollen des Konseils der Hospitalärzte und in den «Nachrichten über die Infektionskrankheiten im Gouv. Kursk». Bei den näheren Kollegen erfreute er sich grosser Achtung und Beliebtheit. 4) In Warschau der dortige Stadtarzt Dr. Eugen Basilewitsch Knjashikowski im 47. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat er seit 1886 ausgeübt und gehörte während dieser Zeit auch zur Reserve der Medizinalbeamten des Militär-Medizinalressorts. 5) In Krassnojarsk am 9. Juni der freipraktizierende Arzt, Staatsrat Dr. Robert Pikok, im Alter von 64 Jahren. Seine ärztliche Tätigkeit begann er 1868 in Jenisseisk und war dann längere Zeit Landarzt im Kirchdorfe Saledejewo (Gouv. Jenisseisk). 6) Am 2./15. Juli in einem Sanatorium in Hamburg nach langem, schweren Leiden Prof. Dr. Moritz Elsner aus Berlin. Seit 1885 Arzt, war Elsner lange Jahre Mitarbeiter am Institut für Infektionskrankheiten und hat in dieser Zeit eine grosse Reihe hervorragender bakteriologischer und hygienischer Arbeiten veröffentlicht. Allgemein bei den Kollegen wie bei seinen Freunden beliebt, wird sein frühes Ende innig betrauert.

— Die Leiche des von der meuternden Mannschaft des Panzerschiffes «Fürst Potëmkin» ermordeten und über Bord ins Schwarze Meer geworfenen älteren Schiffsarztes Dr. Smirnow ist in der Nähe von Eupatoria ans Land gespült worden und am 10. Juli in Sewastopol mit allen militärischen Ehren beerdigt worden.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Die seit dem Februar d. J. in japanischer Gefangenschaft in Kioto sich befindenden Aerzte des 5. fliegenden Lazaretts des Roten Kreuzes Dr. Paul Cramer (aus Dorpat) und Dr. Nilow, sowie die Militärärzte Fufajew und Kialger (?) haben sich telegraphisch an die Verwaltung des Roten Kreuzes mit der Bitte gewandt, ihre Freilassung zu erwirken. Wie verlautet, werden sie demnächst in Freiheit gesetzt werden und auf dem Seewege über Indien nach Russland zurückkehren.

— Wie ein amerikanisches medizinisches Journal mitteilt, ist das amerikanische Seehospital in Curacao (in der Nähe von Manila) von russischen Verwundeten angefüllt, die sich nach der Seeschlacht bei Tsushima von den russischen Schiffen nach Manila gerettet haben. Dieses Hospital, welches für 120 Kranke berechnet ist, wurde erst am 14. Mai eröffnet.

— Am 18. Juli traf von den an der Schlacht bei Tsushima Beteiligten eine Anzahl Feldscher und Sanitäre der untergegangenen Schiffe hier ein, und zwar 8 Feldscher vom Panzerschiff «Admiral Ssenjawin», 7 Feldscher vom Panzerschiff «Admiral Uschakow» und anderen Schiffen, sowie 4 Sanitäre vom Hospitalschiff «Orel».

— Bei der am 2. Juli stattgehabten Revision der Kasse der Hauptverwaltung des Roten Kreuzes betrug der Kassenbestand 5,345,682 Rbl. Während der ganzen Dauer des russisch-japanischen Krieges sind aus den Summen des Russischen Roten Kreuzes 21,090,962 Rbl. verausgabt worden. Die Ausgaben für alle Hospitäler des Roten Kreuzes während des laufenden Juli-Monats sind auf ca. 300,000 veranschlagt; diese Summe würde jedoch im Falle einer Schlacht nicht hinreichen, sondern müsste bedeutend erhöht werden. (R. Wr.).

Von Universitäten, Vereinen und Kongressen.

— Am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ist der Lehrstuhl für Hygiene und Bakteriologie vakant.

— An der militär-medizinischen Akademie werden künftig die weiblichen Aerzte in derselben Weise wie die männlichen Aerzte, welche das Arztdyplom besitzen, zu den Prüfungen behufs Erlangung der medizinischen Doktorwürde zugelassen werden. Die Prüfungen werden vor derselben Examinations-Kommission, welche für die männlichen Aerzte eingesetzt ist, stattfinden. Für die theoretischen Prüfungen ist ein sechswöchentlicher Termin festgesetzt worden, für alle Prüfungen (theoretische, praktisch-demonstrative und klinische) zusammen aber ein ganzes Jahr, wobei die Sommerferienzeit (v. 1. Juni—1. Sept.) nicht mitgerechnet wird. Anmeldungen können bis zum 1. Oktober auf den Namen des Chefs der Akademie eingereicht werden.

— Der I. internationale phthisiotherapeutische Kongress wird in Lüttich (Belgien) vom 1.—15. August n. St. stattfinden. Der Mitgliedsbeitrag, welcher an Dr. de Munter (Liège, rue Louvrex, 86) einzusenden ist, beträgt 10 Frcs. Anmeldungen von Vorträgen auf dem Kongress sind an Dr. Günzburg (Anvers (Antwerpen), rue des Estrimeurs, 7) zu richten.

Standesangelegenheiten.

— Der Redakteur des Journals des Pirogow-Vereins russischer Aerzte, Dr. Popow, ist bekanntlich nach Sistierung des Journals auf Grund des Art. 132 des Strafgesetzbuches zur Verantwortung gezogen worden. Nunmehr haben, den «Russ. Wedom.» zufolge, nicht nur sämtliche Mitarbeiter des Journals, sondern auch mehr als 50 Aerzte des Gouverments Moskau dem Staatsanwalt des Moskauer Gerichtshofes die Erklärung zugehen lassen, dass sie mit der Redaktion vollkommen solidarisch sind und daher gleichfalls zur Verantwortung gezogen zu werden wünschen.

— Der Sanitätsarzt der Stadt Odessa Dr. Alexandrowski ist auf Verfügung des Stadthauptmanns aus dem städtischen Dienst entfernt worden.

— Siebzig Mitglieder des vor kurzem hier geschlossenen Allrussischen Odontologischen Kongresses haben, den «Nowosti» zufolge, die Erklärung abgegeben, dass sie sich den bekannten Resolutionen des letzten Pirogow-Kongresses rückhaltslos anschliessen.

— Prinz Ludwig Ferdinand von Bayern und die Münchener Aerzte. Der Prinz, der bekanntlich seit 1888 die Approbation als Arzt besitzt, hatte sich dazu bestimmen lassen, zu einer Schrift eines Dr. Gundlach, worin gegen die

Digitized by Google

Aerzte wegen der anerkannten Behandlung bestimmter Krankheiten unbegründete Vorwürfe erhoben werden, ein lobendes Geleitwort zu schreiben. Das musste auffallen, und der erste Vorsitzende des ärztlichen Vereins in München sah sich veranlasst, sich deswegen an den Prinzen um Auskunft zu wenden. Es stellte sich heraus, dass Dr. Gundlach den Prinzen durch unrichtige Angaben über seine Stellung innerhalb der Münchener Aerzteschaft zu der Empfehlung seiner Schrift bewogen hatte. Prinz Ludwig Ferdinand liess darauf in der letzten Sitzung des ärztlichen Vereins die Erklärung abgeben, er bedauere es aufs lebhafteste, das Opfer dieser Täuschung geworden zu sein, und er werde das Nötige veranlassen, um einem ferneren Missbrauch seines Namens mit aller Energie entgegenzutreten.

Epidemiologisches.

— Nach einer offiziellen Mitteilung der Kommission zur Verhütung der Pest und anderer epidemischen Krankheiten sind im ganzen Russischen Reiche vom 21. April d. J. an keine Fälle von Cholera mehr vorgekommen. Die choleraverdächtigen Fälle in Lodz, Tula, Ardatow, Wilna, Tomsk, Rjasan, Radom und Petrowsk erwiesen sich nach den bakteriologischen Untersuchungen, dem klinischen Krankheitsbilde und den Sektionsbefunden nicht als Cholera. Das Erlöschen der Cholera in den verschiedenen Gebieten des Reiches und der zufriedenstellende Gesundheitsstand in Persien geben vollen Grund zu hoffen, dass die Cholera im laufenden Jahre bei uns in grösserem Massstabe nicht auftreten wird, weshalb die Verwaltung des Obermedizinalinspektors beantragt hat, nach und nach die ergriffenen Vorbeugungsmassregeln wieder aufzuheben. Zunächst beabsichtigt man, die für choleragefährlich erklärten Rayons zu verringern und nur diejenigen Gouvernements und Gebiete als choleragefährlich gelten zu lassen, in denen die Cholera im vergangenen Jahre grassierte. Ferner sollen einige Sanitätsaufsichtspunkte an der Wolga und deren Nebenflüssen aufgehoben und ein Teil des dorthin abkommandierten ärztlichen Personals wieder abberufen werden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Aerztliche Expertise für Unfallverletzungen von Arbeitern. Der Vorsitzende der von der Gesellschaft zur Förderung des russischen Handels und Gewerbefleisses niedergesetzten Kommission für Anwendung des Gesetzes vom 2. Juni 1903, Herr Litwinow-Falinski, hat alle Fabriken des St. Petersburger Rayons davon in Kenntnis gesetzt, dass die Maximilian-Heilanstalt es übernommen hat, eine ärztliche Expertise für von Unfällen betroffene Arbeiter zur Klarstellung des Grades der Arbeitsunfähigkeit derselben zu organisieren. Die Expertise wird von Aerzten verschiedener Spezialitäten vorgenommen werden, wobei Fabrikärzte nur hinzugezogen werden sollen, um die näheren Umstände eines gegebenen Falles klarzustellen, falls dies erforderlich ist.

— Ein Gesuch der Russischen pharmazeutischen Gesellschaft, dass jüdische Studenten der Pharmazie, die an der Moskauer Universität studieren, das freie Wohnrecht für Moskau erhalten sollten, ist abschlägig beschieden worden. Es bleibt daher die bisherige Bestimmung bestehen, dass diese Studenten einer Apotheke zugezählt sein müssen, um in Moskau leben zu dürfen.

— Der Pharmazeuten-Kongress, welcher für den 15. Juli in Moskau in Aussicht genommen war, hat die obrigkeitliche Genehmigung nicht erhalten.

— Die Moskauer Stadtverwaltung hat beschlossen, sofort ein Asyl für Epileptische zu erbauen, für welches ein Spezialkapital im Betrage von 700,000 Rbl. in der Moskauer städtischen Kommunalverwaltung vorhanden ist. Es soll fürs erste ein Gebäude für 150 Kranke aufgeführt werden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 9. Juli d. J. 9309 (151 mehr als in d. Vorw.), darunter 753 Typhus — (120 mehr). 830 Syphilis — (27 mehr), 236 Scharlach — (1 wen.), 123 Diphtherie — (15 mehr), 96 Masern — (1 wen.) und 17 Pockenkranke — (4 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3. bis zum 9. Juli 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
423	374	797	204	87	178	15	9	25	49	48	41	51	38	43	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 34. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 32, Scharlach 10, Diphtherie 13, Croup 0, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 5, Grippe 8, Katarrhalische Lungenentzündung 59, Ruhr 7, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberkulose der Lungen 73, Tuberkulose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53. Marasmus senilis 31, Krankheiten des Verdauungskanals 222, Totgeborene 43.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria mit ihren Folgezuständen, Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—7.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

Bad Waldungen.

(Deutschland)

Privatklinik für Harnkranke.

Dr. Rörig II (Reinhard).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

Digitized by Google

Sirolin „Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Thiocol-Pastillen „Roche“

à 0,5 gr bequemste und billigste Form,

Sulfosot-syrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolderivat der modernen Therapie, dessen antituberkulöse Wirkung experimentell und klinisch festgestellt ist.

Vorteile: Gegenüber allen Kreosot-, bezw. Guajacolpräparaten besitzt Thiocol die Vorteile völliger Löslichkeit in Wasser, absoluter Geruchlosigkeit, gänzlicher Reizlosigkeit für Schleimhäute, und grosser Resorbierbarkeit.

Indikationen: Lungen- und Kehlkopftuberkulose, namentlich im Initialstadium, chronische Bronchitiden, chirurg. Tuberkulose (der Knochen, Drüsen etc.), chronische Diarrhöen.

Verordnung: In Dosen von 2—3 gr. pro die in Pulver à 0,5, oder in wässeriger Lösung mit einem Syrup als Geschmackscorrigens. Besonders geeignete Anwendungsweise sind Thiocoltabletten à 0,5. Bei Diarrhöen 3 Mal täglich 0,5, am besten in Tabletten.

(15) 10—9.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Co., Fabrik chem.-pharm. Producte

Basel (Schweiz). *Grenzach* (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Airol „Roche“

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche“

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss. reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche“

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche“.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate. Eisen- u. Bromprotylin „Roche“.

Arsylin „Roche“

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Stypticin *anerkannt vorzügl. Haemostatikum, besonders bewährt bei Uterusblutungen. In Form von Substanz, Tabletten, Watte und Gaze.*

Veronal *ausgezeichnetes Hypnotikum ohne jegliche schädliche Nebenwirkung. In Dosen zu 0,25 bis 0,5 und bis 1 gr.* (11) 13—12.

Tropacocain *sehr beliebtes Anästhetikum. Besitzt d. anästhetischen Eigensch. d. Cocains ohne d. Nebenwirk. Die Lösungen sind sterilisierbar.*

KÖNIGLICHES BAD OEYNHAUSEN Sommer- und Winterkurort.

Station der Linien Berlin-Köln und Löhne-Hildesheim. Naturwarme, kohlensaure Thermalbäder, Solbäder, Sol-Inhalatorium, Medico-mechanisches Zander-Institut, Röntgenkammer, Molken- und Milchkuranstalt. Prospekte und Beschreibung übersendet frei die

(79) 6—6. Königliche Badeverwaltung.

SASSNITZ. Ostseebad auf Rügen. Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die Bade-Direktion.

Hôtel und Pension Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Digitized by Google

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT A/M.

EUCHININ

Entbittertes Chinin, gleiche Heilwirkung wie letzteres bei Fiebern, Influenza, Typhus, Keuchhusten, Malaria und Neuralgie.

VALIDOL

Energisches und dabei reizloses Analepticum, Antihystericum, Antineurasthenicum und Stomachicum; ferner gutes Mittel gegen Seekrankheit.

VALIDOL. CAMPOR.

Hervorragendes Excitans für schwere Erschöpfungszustände, ausserdem unentbehrlich in der Zahnpraxis.

(86) 4—1.

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen Acne, Folliculitis, Furunkulose. Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. R. Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien.

Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. illustrierte Prospekte.

Friedrichroda i. Thür.

Duotal

Duotal „Heyden", ein vollständig geruch- und geschmackloses Guajakol-Präparat, enthält über 90 % gebundenes, im Körper sich abspaltendes, also wirksames Guajakol. Ohne jegliche Gift- und Aetzwirkung; wird selbst von den empfindlichsten Patienten gern genommen und gut vertragen. Vorzügliches Mittel gegen **Lungen-Tuberkulose** und **chronische Katarrhe der Atmungsorgane. Darmantiseptikum** bei **Typhus** und **Enteritis.**

Duotal-Tabletten „Heyden" zu 0,3 und 0,5 g.

Salocreol

Verbindung der wirksamen Bestandteile des Kreosots mit Salicylsäure. Zur äusserlichen Behandlung von **Muskel- und Gelenk-Rheumatismus, Arthritis deformans, Erysipelas, Lymphadenitiden** und **skrofulösen Drüsenanschwellungen.** Lokale Einreibungen oder Einpinselungen von 3 bis 15 g ein- oder mehrmals täglich, bis zu 30 g pro die.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter: (22) 10—7.

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(61) 17—6.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Дозв. ценз. Спб., 16 Іюля 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY, UNIV. OF MICH. SEP 1

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 30 St. Petersburg, den 30. Juli (12. August). **1905.**

Inhalt: Dr. F. Klau: Ein Fall von Akromegalie. — Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte in Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904. — Protokolle des II. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Der XVII. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte findet vom 10.—12. Aug. a. c. in Arensburg statt.

Abfahrt von Riga nach Arensburg:

Dampfer «Konstantin», Kapitän Pichel, d. 9. Aug. 11 Uhr vorm.
» » » Sillin, d. 10. Aug. 3 Uhr nachm.

Abfahrt von Arensburg nach Riga:

Dampfer «Imperator Nikolai II», Kapitän Wolter, 11. August 6 Uhr nachm.
Dampfer «Konstantin», Kapitän Pichel, d. 13. Aug. 6 Uhr nachm.
» «Imperator Nikolai II», Kapitän Wolter, 14. August 6 Uhr nachm.

Die Herren Kollegen und ihre Familienglieder haben die Rücktour gratis.

Dr. C. Ströhmberg,
d. Z. Vizepräses der Gesellsch. livl. Aerzte.

(Aus der Dorpater medizinischen Klinik.)

Ein Fall von Akromegalie.

Von

Dr. F. Klau.

(Schluss).

Aus der Zeit, welche Pat. in der Klinik verbrachte, (3. September bis 3. Oktober 1904) möge hier noch kurz das Resultat der gemachten Beobachtungen wiedergegeben werden. Die Erscheinungen, welche, wie er angab, nach physischen Anstrengungen aufgetreten waren, nämlich: beklemmendes Gefühl auf der Brust, Schmerzen im Rücken und Nacken, Benommenheit des Kopfes, Schlaflosigkeit, Druck auf den Augen, wurden während der ganzen Zeit seines Aufenthaltes in der Klinik, trotzdem Pat. späterhin physische Arbeit leisten musste, nicht beobachtet.

Die verstärkte Herztätigkeit, welche die ganze Herzgegend in starke Erschütterung versetzte, hielt ca. 1 Woche an, um dann allmälig nachzulassen und zur Norm zurückzukehren; ungeachtet dessen bleiben aber die Herzgrenzen unverändert.

Während der Beobachtungszeit wurden mehrfach die Reflexe überprüft und es liessen sich auch hier Veränderungen konstatieren; so liess sich seit Ende September wieder der Cremasterreflex auf der linken Seite deutlich nachweisen und bei Auslösung des Patellarreflexes trat jetzt ein leichter Patellarklonus auf.

Auch die Muskelkraft der Arme und Hände änderte sich, denn während sich anfangs eine deutliche Herabsetzung derselben konstatieren liess, machte sich später nach ca. 2 Wochen wieder eine Zunahme bemerkbar und ungefähr um dieselbe Zeit schwanden Druck und Schmerzen in der Herzgegend.

Mit der abnormen Schweisssekretion an den Händen ging es ebenso; in der ersten Zeit, in welcher der Pat. meist auf seinem Bette lag oder sass, jedenfalls sich sehr wenig Bewegung machte, hatte er dennoch fast stets nasse Hände, während ich später dieses selten habe finden können, wenn er sich nicht gerade eben physisch stark angestrengt hatte. Ich liess ihn nämlich mehrere Stunden täglich Holz spalten und dabei trat stets am Körper und auch an den Händen äusserst reichliche Schweissbildung auf.

Der Tremor trat an den Händen nicht nur dann, wie oben bei der Aufnahme des Status bemerkt wurde, hervor, wenn Pat. die Hand ausstreckte, sondern auch dann, wenn er den Arm in einer bestimmten Lage halten musste; bei Gelegenheit der photographischen Aufnahme der Füsse konnte auch an diesen ein starker Tremor bemerkt werden, welcher sich nicht gleich zu Beginn der Haltung und Lage, welche der Pat. damals einnehmen musste, sondern erst nach einiger Zeit einstellte. Späterhin trat auch nach körperlichen Anstrengungen der Tremor nicht auf.

Die Turgeszenz der Haut an den Händen wechselte während der ganzen Beobachtungsdauer sehr; dazwischen gab es Tage, an welchen sie stark geschwellt und an den Fingern kaum abzuheben war, dann war auch die Cyanose eine stärkere.

Mit der allgemeinen Besserung liess die Mattigkeit allmählich nach.

Digitized by Google

Original from
UNIV. OF MICH.

Endlich möge noch auf das eigentümliche Verhalten von Temperatur und Puls eingegangen werden. Wie schon oben gesagt, frappierte die hohe Temperatur von 37.8 bei der Aufnahme, für welche irgend ein handgreiflicher Grund nicht zu eruieren war. An der Temperaturkurve, welche ich hier beifüge, sieht man, dass die Temperatur sich fast stets über 37.0 hält, was entschieden schon als abnorm zu bezeichnen ist. In den einzelnen Lehrbüchern findet man immer noch die Angabe, dass Temperaturen bis 37.3 als normal zu betrachten seien. Soweit meine persönlichen Erfahrungen reichen, habe ich an gesunden Menschen stets Abendtemperaturen unter 37.0 gefunden. Noch neulich habe ich die Beobachtung gemacht, dass bei einigen an mehrwöchentlicher Influenza Leidenden vollkommenes Wohlbefinden eintrat, als die Abendtemperatur 36.7 oder 36.8 erreicht hatte. Endlich kann ich mich mit meiner Behauptung auf Marx stützen, welcher im Jahre 1899 am Institut für Infektionskrankheiten in Berlin Untersuchungen über die normale Körpertemperatur des Menschen an einem recht grossen Material angestellt hat. Er kommt in dieser Arbeit zu dem Schluss, dass die Angaben von Wunderlich dahin zurechtgestellt werden müssten, dass die normale Temepratur des Menschen zwischen 36.0—37.0 schwanke und dass Temperaturen über 37.0 schon entschieden als übernormal aufgefasst werden müssten. Aber ich glaube, dass die Temperatur von 37.0 für unsere hiesigen Verhältnisse als Abendtemperatur auch noch zu hoch ist.

Wenn wir also die Marx'schen Angaben akzeptieren, so hat der Pat. nur wenige Tage hindurch eine normale Abendtemperatur gehabt.

Abgesehen von der Höhe, auf welcher sich die ganze Temperaturkurve bewegt, muss als abnorm auch die grosse Unbeständigkeit der Temperaturbewegung angesehen werden; bald schwankt sie auf einem hohen, bald auf niedrigem Niveau, bald ist die Abend- bald die Morgentemperatur höher, dazwischen wiederum stehen beide auf der gleichen Höhe. Da die Temperatureinstellung schon eine so lockere war, offenbar schon geringfügige Reize den Ablauf der Temperaturkurve beeinflussen, so lag es nahe zu prüfen, ob stärkere physische Arbeit im Stande wäre, einen Einfluss auf die Temperatur auszuüben. Mir fiel dabei auch eine Dame ein, welche an Epilepsie auf offenbar organischer Grundlage litt und welche die sonderbare Erscheinung darbot, Temperatursteigerung zu haben, wenn sie aufstand und im Zimmer umherspazierte (sie war eine Zeitlang bettlägerig). Leider muss ich zugeben, dass die angestellten Versuche an Exaktheit viel zu wünschen übrig lassen, aber ich denke, dass sie auch so, wie sie ausgeführt wurden, noch zu verwerten sind. Ich habe den Patienten täglich am Vormittage von 10—12 und des Nachmittags von 2—4 körperliche Arbeit verrichten, nämlich Holz hacken lassen. Die Arbeitszeiten sind auf der Kurve durch die senkrechten Streifen dargestellt worden. Nach der Arbeit wurde die Temperatur gemessen und am Nachmittage ausserdem noch 1—$1^1/_2$ Stunden nach Beendigung der Arbeit. Wenn wir nun die Kurve betrachten, so ist jedenfalls der Abfall der Kurve nach 4 Uhr innerhalb 1—$1^1/_2$ Stunden ein sehr auffallender und lässt sich derselbe auch am natürlichsten durch die Annahme erklären, dass der vorhergehende Hochstand der Kurve durch die Arbeit verursacht worden war, worauf sie nach Wegfall dieses temperatursteigernden Faktors wieder auf ihr normales Niveau zurückkehrte.

Ich meine, dass es sich lohnen würde gegebenen Falles derartige Untersuchungen zu wiederholen. Ich habe natürlich bei der erhöhten Temperatur meines Patienten an Phthisis gedacht, aber es gab die Untersuchung keine weiteren Anhaltspunkte zu dieser Annahme. Mein Verdacht wurde aber gestärkt, als Prof. Dehio mir mitteilte, dass Birgelen und Penzoldt an Tuberkulösen die Beobachtung gemacht haben, dass sie schon bei geringer physischer Arbeit Temperatursteigerungen aufzuweisen haben; aber nicht allein bei Tuberkulösen, auch bei Chlorotischen, Anaemischen und Rekonvaleszenten hat Penzoldt solche Temperatursteigerungen nachweisen können. Es kann nun sein, dass die Akromegalen ein weiteres Kontingent zu den Pat. stellen, welche bei physischer Arbeit Temperatursteigerung geben; andererseits ist es aber auch denkbar, dass in meinem Falle latente Tuberkulose vorliegt, was sich aber jetzt noch nicht entscheiden lässt. Eine Aufklärung darüber muss die Zukunft bringen. Auch der Puls weist ein merkwürdiges Verhalten auf; es fehlt jegliche Kongruenz mit der Temperaturbewegung; es macht den Eindruck als wenn das Band, welches Temperatur und Puls mit einander verbindet, nicht existieren würde.

Gerade zu Beginn der Beobachtungszeit, da die Temperatur fraglos Fieberhöhe erreicht hatte, bewegte sich die Pulskurve sowohl im Vergleich zu ihrem übrigen Teile als auch im Vergleich zu der bestehenden Temperaturhöhe auf relativ niedrigem Niveau und in gleichmässigerer Art und Weise als in ihrem weiteren Verlaufe. Später macht sie die tollsten Sprünge; eine Differenz von 20 Schlägen zwischen Morgen und Abend ist in unserem Falle keine Seltenheit und erfolgen solche Sprünge scheinbar ganz regellos.

Sind wir nun auf Grund der gemachten Beobachtungen berechtigt, in diesem Falle von Akromegalie zu reden — das ist die Frage, welche uns noch beschäftigen muss. Da greift man denn natürlich vor allem nach Händen und Füssen, beschaut sich Unterkiefer und Nase. Als wir mit Herrn Professor Dehio den Pat. erblickten, fielen uns beiden die überlange Gestalt, die unverhältnismässig grossen Hände und Füsse, die gewulsteten Lippen und der starke Unterkiefer auf und unser erster Gedanke war Akromegalie. Bei näherer Betrachtung der Hände aber bemerkt man sofort, dass es sich jedenfalls nicht um die persönlichen, äusserst charakteristischen von Pierre Marie Typ massif genannten Veränderungen handeln kann. Wie bereits erwähnt, sind die Finger drehrund und nicht abgeplattet, sondern verschmälern sich nach den Spitzen; die Nägel sind länglich und wohlgeformt, ohne Streifung. Auch zu dem Typ long scheint die Hand nicht zu passen; sie erinnert am meisten, nach der Beschreibung zu urteilen, an den Fall von Mendel, in welchem nur eine allgemeine Vergrösserung der Hand vorlag mit Verdickung der Finger, wobei, wie in unserem Falle, sich die Finger nach der Spitze hin verjüngten. In dem Fall von Mendel nahmen nur die Weichteile an den Veränderungen teil, nicht aber das Skelett (Edel). Wie es in unserem Falle sich damit verhielt, kann ich leider nicht sagen, da in der Zeit, in welcher ich unseren Pat. beobachtete, der einzige Röntgen-Apparat, den wir an der hiesigen Universität besitzen, nicht funktionierte.

Ich möchte diese Gelegenheit dazu benutzen, noch kurz auf das Verhalten des Handskeletts bei der Akromegalie zu sprechen zu kommen, da gelegentlich noch hier und da zu viel Gewicht auf die Veränderungen desselben und speziell der Endphalangen gelegt zu werden scheint. Es haben ja zahlreiche Beobachtungen dargetan, dass die Veränderungen des Handskeletts sehr verschieden sein können, dass aber ein gemeinsames Band sie mit einander verknüpft, nämlich der Mangel der Difformität, denn es handelt sich, wie Sternberg sagt, dabei nur um eine «einseitige Uebertreibung normaler Verhältnisse». Während das Gros der Beobachtungen eine Zunahme einzelner Teile ergab, fehlt es auch nicht an Beobachtungen, welche nicht allein normale Verhältnisse, son-

Digitized by Google

dern sogar eine abnorme Kleinheit des Skeletts ergaben (Thayer) oder doch kleinere Dimensionen als bei der Vergleichshand (Edel, ein Fall von Mendel). Endlich sei noch hervorgehoben, dass gerade an den Phalangen, die Endphalangen nicht ausgenommen, sich die geringsten Veränderungen finden und dass immer die Weichteile es sind, welchen der Hauptanteil bei den Veränderungen des Handskeletts zufällt.

Nach dieser kleinen Abschweifung kehre ich nun wieder zu unserem Themá zurück. Man darf sich also, wie es scheint, bei der Diagnose Akromegalie nicht auf ganz stereotype Formveränderungen steifen, das lehren zur Genüge die bis jetzt gemachten Beobachtungen, so dass Sternbergs Ausspruch: «Das Charakteristische der akromegalischen Extremität liegt im Gegensatze zwischen der riesigen Hand und dem verhältnismässig schlanken Arme, der sie trägt», mir immer noch zu wenig betont zu werden scheint. In der Mehrzahl der Fälle hat man es aber doch mit der von Pierre Marie als Typ massif beschriebenen Form zu thun und ist es auch denkbar, dass solch' eine Form, wie sie in unserem Falle vorliegt, eine Durchgangsform darstellt, welche im Frühstadium der Krankheit zur Beobachtung gelangen kann. Ist die Vergrösserung keine bedeutende und hat sie der Pat. nicht selbst bemerkt, sei es durch Engwerden der Ringe oder Grösserwerden der Handschuhnummer und drgl., so kann es schwer sein im gegebenen Fall zu sagen, ob etwas Pathologisches vorliegt oder nicht, da wir keinen anderen Massstab für die Beurteilung dieser Frage haben als unser subjektives Empfinden, dass die Hand zu gross für den zugehörigen Arm ist. Sicher kommt solch ein Verhalten auch bei normalen und gesunden Menschen vor, wenn auch nicht in dem Masse wie bei der Akromegalie.

Auch das Verhalten des Unterkiefers, der Lippen und der Nase in unserem Falle ist ein solches, dass ich es noch nicht als absolut beweisend für Akromegalie ansehen kann. Die beiden Zahnreihen sitzen genau auf einander, die Lippen sind gewulstet, aber nicht sehr stark und die Nase bietet, glaube ich, noch gar keine Veränderungen dar, welche man als krankhaft betrachten könnte. Ich glaube also, dass wir in unserem Fall an den Teilen, deren Veränderungen bezeichnend für das ganze Krankheitsbild sind und demselben den Namen gegeben haben, noch keine ausreichende Stütze für die Diagnose hätten, wenn nicht auch andere Symptome vorhanden wären, welche die Diagnose erhärten. Die Akromegalie ist eben eine allgemeine Krankheit und keine ausschliessliche Wachstumsanomalie; letzteres wäre sie, wenn sie ausser den im engeren Sinne akromegalischen Erscheinungen nichts bieten würde. Von Erscheinungen, welche für bedeutsame Symptome der Akromegalie gelten, liegen in unserem Falle Fehlen der Pollutionen, der Libido sexualis, Impotenz, rauhe und dröhnende Stimme, Erbsche Dämpfung und zeitweiliges Fehlen des rechten Cremasterreflexes vor; noch mehr an Deutlichkeit gewinnt unser Fall, wenn wir den ganzen Entwickelungsgang und den Verlauf während der hiesigen Beobachtungszeit ins Auge fassen. Ich glaube kaum, dass differentialdiagnostisch irgend welche andere Krankheiten in unserem Falle in Betracht kämen. Irgend welche funktionelle Neurosen musste man von vornherein von der Hand weisen, schon wegen des einseitigen Fehlens des Cremasterreflexes. Von organischen Krankheiten des Nervensystems, an welche man hier denken könnte, käme hier vielleicht die multiple Sklerose in Betracht; der Tremor, der aber nicht einmal jene für die multiple Sklerose charakteristischen Eigenschaften hat, liesse daran denken, ebenso die Veränderlichkeit der Erscheinungen; das Gesamtbild aber bietet nichts, was für multiple Sklerose spräche. In Anbetracht dessen, dass Pat. sich demnächst zur Dienstpflicht stellen muss, liesse sich daran denken, ob es sich nicht im gegebenen Falle um Simulation handeln könnte; dieses wäre aber nur bei oberflächlicher Betrachtung und ungenügender Sachkenntniss möglich.

Zum Schlusse möchte ich noch die Besonderheiten meines Falles, an denen er auffallend reich ist, herausheben und ihnen einige Worte widmen. So viel ich mich in der Literatur zu orientieren vermochte, ist Fehlen der Patellarreflexe von Mendel und anderen beobachtet worden; in den Fällen von Claus-Van der Stricht und Mendel fehlten sie nur vorübergehend; das Fehlen anderer Reflexe scheint jedoch nicht beobachtet worden zu sein. In dieser Beziehung bietet mein Fall ein Novum, denn es fehlt der Cremasterreflex auf der rechten Seite, kehrt aber später ohne besonderen therapeutischen Eingriff wieder.

Weiter fehlten in unserem Falle die Sehnenreflexe an der linken oberen Extremität, was schon immer als pathologisch zu betrachten ist, wenn auch beiderseitiges Fehlen nach Pflästerer ziemlich oft zu konstatieren ist.

Eine Erscheinung, wie sie meines Wissens ebenfalls noch nicht bei der Akromegalie beobachtet worden ist, war der grobschlägige Tremor, welcher sich dann und wann so wohl an Händen als auch an Füssen konstatieren liess.

Störungen von seiten der Zirkulationsorgane sind mehrfach beschrieben und von Fournier in einer separaten Abhandlung bearbeitet worden; auch Huchard hat dieselben eingehend in einem Artikel besprochen. Endlich hat Hunter bei einem Fall von Akromegalie seltsame vasomotorische Störungen beschrieben, jedoch habe ich über eine so kolossal verstärkte Herztätigkeit, welche die ganze Herzgegend in sichtbare Erschütterung versetzt, nirgend eine Angabe finden können. Auffallend war noch dabei, dass das subjektive Gefühl des Herzklopfens mangelte. Auch diese Erscheinung war, wie so viele andere, in diesem Falle eine vorübergehende.

In einem Falle von Sternberg waren die Barthaare schwach entwickelt; dieses trifft auch für unseren Fall zu, es fehlt aber in unserem Falle auch die Brustbehaarung, welche dem männlichen Typus eigen ist, und ich glaube, dass dieser wohl als Teilerscheinung der mangelhaften Ausbildung des sexuellen Charakters aufzufassen ist.

Endlich sind es noch die Verhältnisse der Körpertemperatur, die, falls es sich nicht um eine latente Tuberkulose handelt, bei der Akromegalie bisher noch nicht beobachtet worden sind. Nur in einem Falle von Köster, in welchem es sich um einen Hypophysentumor handelte, hatten sich einzelne Steigerungen der Temperatur von unregelmässigem Typus gezeigt. Der Autor meint, es hätte sich wahrscheinlich, wenn der Exitus nicht so bald erfolgt wäre, eine Akromegalie herausgebildet, da die Menstruation bereits ca. 3—4 Jahre lang ausgeblieben war und es vorkommt, dass dieses Symptom um einige Jahre dem Auftreten der übrigen Erscheinungen vorausgeht.

Ob solch seltsame Pulsverhältnisse wie in unserem Falle früher beobachtet worden sind, weiss ich nicht; die Thèse de Paris von Fournier und die Arbeit von Huchard waren mir nicht zugänglich und in der übrigen Literatur habe ich keine Hinweise auf ein so abweichendes Verhalten des Pulses finden können.

Zum Schlusse sei noch die bedeutende Remission in unserem Falle hervorgehoben, die wohl als eine spontane aufzufassen und nicht auf Rechnung der Baldriantropfen zu setzen ist.

Herrn Professor Dehio, meinem hochverehrten Lehrer, der die Freundlichkeit hatte, mir den Fall zu überlassen,

Digitized by Google

spreche ich hiermit meinen herzlichen Dank aus, ebenso dem Herrn Kollegen Panow, Assistenten der Klinik, für die photographischen Aufnahmen.

Literatur:

1. Benda: Berlin. klin. Wochenschr. 1901, pag. 589.
2. Bergmann: D. Zeitschr. f. Nervenhlk. 1900, Bd. 17, S. 483.
3. Claus und Van der Stricht: Annal. et Bull. de la Soc. de Médecine de Gand 1890, S. 281, cit. nach Sternberg.
4. Doogson: Lancet 1896, I, S. 772.
5. Edel: Berl. kl. Wochenschr. 1897, S. 689.
6. Fournier: Thèse de Paris 1896, cit. nach Sternberg.
7. Huchard: Journal des Practiciens 1895, S. 249, cit. nach Sternberg:
8. Huismans: Therapie der Gegenwart 1903, August. Ref. i. Neurol. Zentralblatt 1903. S. 1168.
9. Hunter: Brit. med. Journ. 1903. Ref. i. Neurol. Zentrlbl. 1904, S. 730.
10. Köster: Hygiea 1902, 21. Nov. Ref. i. Neurol. Zentralblatt 1903, S. 1069.
11. Marx: Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie Bd. III. Heft 7. Ref. Zentralbl. f. innere Medizin 1900.
12. Mendel: Berl. kl. Wochenschr. 1896, S. 1121.
13. Penzoldt und Birgelen: Münch. med. Wochenschr. 1899. 15—17. Ref. Zentralbl. f. innere Medizin 1900.
14. Sternberg: Zeitschr. f. kl. Medizin. Bd. 27. S. 86.
15. Sternberg: Akromegalie. Sammlung Nothnagel VII Bd., II Teil.
16. Strümpell: Deutsche Zeitschr. f. Nervenhlk. Bd. XI. S. 51.

Protokolle des XVI. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Jurjew (Dorpat) vom 17.—19. Aug. 1904.

Fünfte Sitzung.

Donnerstag, den 19. August 1904, 3 Uhr nachmittags.

1. Dr. Hirschberg-Riga: Demonstration plastischer Bilder einiger Hautkrankheiten.

2. Dr. Ströhmberg-Dorpat: 15 Fälle von Methylalkoholvergiftung. (Erschienen in Nr. 39 und Nr. 40 des Jahrg. 1904 dieser Zeitschrift.)

Diskussion:

Dr. Lackschewitz erinnert Dr. Ströhmberg daran, dass im Beginn dieses Jahres im Hospital ein Patient in Behandlung kam, der wohl auch an den Folgen derselben Vergiftung litt. Patient war in wenigen Tagen an retrobulbärer Neuritis erblindet und zwar nach Genuss eines «Schnapses», den er mit einem Genossen zu sich genommen hatte. Beide erkrankten am Abend des Tages unter Schwindel, Somnolenz, Erbrechen. Der eine starb am folgenden Tage im Coma, der andere erholte sich allmählich, doch stellte sich dann rapid fortschreitende Amblyopie ein, die zu dauernder Erblindung führte—acute Neuritis retrobulbaris mit nachfolgender Atrophie. Es liegt nahe, anzunehmen, dass dieser «Schnaps» ebenfalls Methylalkohol enthalten hat.

Dr. Grohmann macht darauf aufmerksam, dass der denaturierte Spiritus ebenfalls im vorliegenden Falle als Vergiftungsursache angesehen werden könne, weil der betreffende Spiritus mit Holzessig und Teer denaturiert wird und es möglich ist, dass der Kunzenbalsam damit bereitet wäre.

Dr. Koppe berichtet über einen Fall von Vergiftung mit Holzspiritus, welche gleichfalls zur vollständigen Erblindung geführt hatte und bei Abstinenz vom Alkohol zu bedeutender Besserung des Sehvermögens bei bestehender Atrophie des Sehnerven geführt hat.

Dr. Ströhmberg: Es ist interessant, dass in dieser kleinen Versammlung noch 2 derartige Fälle angeführt werden konnten.

Dr. Middendorf fragt, ob der Beweis erbracht worden ist, dass es sich in diesen Fällen um Methylalkohol gehandelt hat.

Dr. Ströhmberg teilt mit, dass Proben des Kunzenbalsams und Eingeweide zur chemischen Untersuchung nach Riga geschickt seien.

Dr. Middendorf teilt mit, dass zur Politur Methylalkohol statt Spiritus angewandt wird; es müsste die Anwendung von Methylalkohol zu diesem Zweck verboten werden.

Dr. Truhart fragt an, ob der Apotheker für den Verkauf des Kunzenbalsams bestraft worden ist?

Dr. Ströhmberg erwidert, dass der Kunzenbalsam nicht zu den offizinellen Präparaten gehöre, dem Apotheker aber vom Gouverneur der Verkauf desselben sofort verboten sei.

Dr. Ströhmberg proponiert, nachdem während der Diskussion noch 2 weitere Fälle von Vergiftungen, welche wahrscheinlich durch Methylalkohol zustande gekommen waren, mitgeteilt worden sind, der Aerztetag möge beschliessen, sobald die chemische Untersuchung die Diagnose in den Dorpater Fällen bestätigt haben wird, bei der Medizinalbehörde darauf anzutragen, dass der Methylalkohol in die Giftliste aufgenommen werde.

Der Beschluss wird angenommen.

3. Dr. Koppe-Pernau: Ueber Schüleruntersuchungen und Schulstatistik. (Selbstbericht).

Durch die Wahl eines schulärztlichen Themas erfüllt Vortragender eine Dankespflicht gegen die Regierung, welche seit dem Jahre 1902 den Schulärzten Sitz und Stimme in den Lehrerkonferenzen angewiesen hat, und gegen seinen hochverehrten Chef Prof. G. v. Oettingen, unter dessen Leitung er im Jahre 1875 die Augen der Schüler des Dorpater Gymnasiums untersuchen durfte. Es ist seitdem viel wissenschaftliches Material von den Schulärzten gesammelt worden (so in Dorpat z. B. von Dr. Ströhmberg) und wenngleich die Regierung die Art, wie diese Listen zu führen sind, den Schulärzten überlässt, so liegt doch der Wunsch nahe, ein einheitliches und möglichst einfaches Schema aufzustellen, wodurch ein Vergleichen der Schulen mit einander möglich wird. Ein solches Schema, das sich in 10 jähriger Praxis bewährt hat, erlaubt sich Vortragender den Kollegen vorzulegen:

№	Name.	Jahr.	Klasse.	Alter.	Grösse. Centimeter.	Brustumfang. Centimeter.	Gewicht. Pfd.	Konstitution.	Gesicht.	Gehör.	Sprache.	Krankheiten.	Bemerkungen.
		1895	A.	7	124	57—64	61	5	5	4	4	K. 0	
		1896	B.	8	126	57—65	67	5	5	5	5	W	
		1897	I	9	129	60—67	74	4—5	5	4	4		
	K.	1898	II	10	135	62—69	82	5	5	5	5		
6		1899	III	11	140	63—70	92	5	5	5	5		
	T.	1900	IV	12	144	65—72	111	5	5	5	5	θ	
		1901	V	13	150	67—76	122	4—5	5	5	5		
		1902	VI	14	158	70—80	134	4—5	5	5	5		
		1903	VII	15	165	74—85	150	5	5	5	5		
		1904	VIII	16	170	78—86	156	5	5	5	5		

Wir haben hier eine Schüleruntersuchung, welche 10 Jahre hindurch geführt ist. Grösse und Brustumfang sind durch Ctm., das Gewicht durch russ. Pfd. ausgedrückt, für die übrigen Rubriken dient der Census, wie er in der Schule üblich ist (5 = sehr gut, 4 = gut, 3 = genügend, 2 = ungenügend, 1 = schlecht) und die Krankheiten sind durch folgende Zei-

Digitized by Google

chen ausgedrückt: k = Keuchhusten, 0 = Masern, θ = Scharlach, ∞ = Pocken, t = Typhus, w = Lungenentzündung. Die physische und geistige Entwicklung des Schülers nimmt nach dieser Tabelle einen normalen Verlauf. Er beendet mit jedem Jahre eine Klasse, er wächst um ca. 50 ctm., wird ca. 100 % schwerer, die Lungenkapazität steigt von 7 bis 10 ctm., die Konstitution ist meist sehr gut, nur nach der überstandenen Lungenentzündung und dem Scharlach treten kleine Schwankungen ein.

Ein anderes Beispiel:

№	Name.	Jahre.	Klasse.	Alter.	Centimeter. Länge.	Centimeter. Brustumfang.	Pfd. Gewicht.	Konstitution.	Gesicht.	Gehör.	Sprache.	Krankheiten.	Bemerkungen.
381		1897	II	11	142	61—67	80	2—3	4	5	3	k 0 w	Asthma. Bronchitis chron.
		1898	III	12	150	65—70	87	2—3	5	4	3		
		1899	IV	13	153	64—71	94	2—3	5	5	4	θ	
	Tp.	1900	V	14	157	67—73	105	2—3	5	5	4		Pleuritis, Haemoptoe.
	T.	1901	V	15	162	69—75	113	2—3	5	5	4		
		1602	VI	16	169	71—79	129	3	5	5	4		
		1903	VII	17	175	74—84	129	3	5	5	4		
		1904	VIII	18	178	76—86	140	3—4	5	5	4		

Der Schüler tritt mit 11 Jahren in die II. Kl. ein, in der V. Kl bleibt er 2 Jahre; er hat Keuchhusten, Masern und Lungenentzündung durchgemacht, leidet an Asthma bronchiale; dazu kommt noch 1899 Scharlach und 1900 Pleuritis und Haemoptoe. Trotz alledem bessert sich seine Konstitution während des Schulbesuchs von 2—3 bis 3—4 und er zeigt bei seinem Abgang eine Lungenkapacität von 10 ctm.

Vorstehende Beispiele mögen genügen, um zu beweisen, dass es auch den Lehrern leicht fallen muss, sich über die physische Beschaffenheit eines jeden Schülers aus dem so geführten «Schulärztlichen Journal» zu unterrichten. Ein alphabetisch geordnetes Namensverzeichniss ist ihm beigefügt.

Den 10 jährigen Durchschnitt für das Pernausche Knaben-Gymnasium zeigt nachstehende III. Tabelle:

Klasse.	Alter.	Länge.	Brustumfang.	Gewicht.	Konstitution.
A.	8,8	131,6	60,9—66,5	74,5	3,94
B.	10,3	140,7	63,2—70,3	86,3	3,58
I	11,5	140,0	63,9—70,2	88,1	3,85
II	11,9	148,5	66,6—73,6	98,1	3,88
III	13,1	147,5	68,3—75,5	105,4	3,88
IV	14,7	167,4	76,5—85,2	142,1	4,17
V	15,3	164,3	74,4—82,7	140,1	4,17
VI	16,6	172,0	78,3—88,2	162,5	4,51
VII	17,5	172,0	78,9—88,1	157,7	4,28
VIII	18,8	174,8	82,9—92,8	173,3	4,47
	13,8	155,8	71,4—79,3	122,8	4,07

Ueber die Konstitution der Schüler des Pernauschen Gymnasiums können wir also auf Grund vorstehender Untersuchung aussagen, dass sich diese von 3,94 bis 4,47 von Klasse zu Klasse bessert; kleine Schwankungen treten in B und VII auf; die Durchschnittskonstitution beträgt 4,07.

Diskussion:

Dr. Mey-Riga: «Nachdem ich den interessanten Ausführungen des Vortragenden gefolgt bin, möchte ich noch an ihn die Frage richten, nach welchen Kriterien Vortragender die Leistungsfähigkeiten des Herzens beurteilt», was Redner für sehr schwierig hält.

Dr. Koppe: Je weniger stark die Herztätigkeit ausgeprägt ist, um so günstiger. Pulsfrequenzsteigerungen sind ein ungünstiges Zeichen.

Dr. Truhart: «Ich möchte mir erlauben, darauf hinzuweisen, dass die Resultate dieser überaus instruktiven und lehrreichen Untersuchungen mit den analogen in den anderen Staaten West-Europas in mancher Beziehung in Widerspruch treten dürften. Die Zunahme der Myopie in den oberen Klassen hat in der Tat auch dort, dank der seit den letzten Jahrzehnten daselbst streng durchgeführten schulhygienischen Massnahmen, nachgelassen, aber keineswegs aufgehört. Weiterhin ist auch die Frage der Ueberbürdung noch keineswegs als eine für die Schule überwundene anzusehen. Diese Differenz ist meines Erachtens zweifellos auf die Tatsache zurückzuführen, dass der Schulunterricht im russischen Reich zufolge der übermässig zahlreichen Feiertage (1/3 des Jahres) geringer ist als z. B. in Deutschland.

Dr. Werncke-Odessa: Zu den Erfahrungen des Herrn Kollegen Koppe will ich im Gegensatz die statistischen Angaben des bekannten Augenhygienikers Cohn anführen. Cohn hat nach statistischen Untersuchungen früher und jetzt konstatiert, dass sich die Myopie in Deutschland im Lauf von 30 Jahren garnicht vermindert hat.

4. Prof. K. Dehio: Die Hauptsachen der Ehrlichschen Seitenkettentheorie.

5. Dr. Th. Werncke-Odessa: Ueber lokale und allgemeine Tuberkulose des Auges. (Erschienen in Nr. 41 d. Jahrg. 1904 dieser Zeitschrift.)

6. Dr. G. Ischreyt-Libau: Augenveränderungen bei Xeroderma pigmentosum. (Erschienen in Nr. 43 d. Jahrg. 1904 dieser Zeitschrift).

7. Dr. Terrepson-Dorpat: Die Therapie der Impotenz.

Autor geht von dem Grundsatze aus, dass die Therapie der Impotenz nur eine causale sein kann. Er bespricht diejenigen Formen der Impotenz, die in organischen Läsionen des Sexualapparates begründet sind, nicht aber diejenigen, die auf nervöser Grundlage aufgebaut sind, oder sich bei Gehirn-

Digitized by Google

und Rückenmarksleiden oder Diabetes oder Nephritis finden, bei welchen die Potenz sich mit Besserung des Zustandes zu bessern pflegt. Ausgehend von der Tatsache, dass allen Formen eine Abschwächung oder ein völliger Mangel der Erektionen gemeinsam ist, bringt er in Erinnerung, dass man klinisch zwischen irritativer und paralytischer Schwäche unterscheidet. Die letztere entwickele sich meist aus ersterer. Theoretisch erkennt er noch ein Vorstadium der vom Patienten noch unbemerkten Schwäche an, die der irritativen vorausginge.

Der schematische Abfall der Potenz wird an einer Kurve demonstriert. Die irritativen Formen können durch häufige Nacht- und Tagespollutionen gekennzeichnet sein, oder nur unter den Erscheinungen der Mictions- und Defäcationsspermatorrhöen auftreten. Das Ende bildet stets die paralytische Impotenz. Wenn sich ein Patient dem Arzte stellt, so muss eine genaue Anamnese aufgenommen werden (Masturbation, Gonorrhöe, Excesse in Venere) und dann zur Untersuchung des Urins mikroskopisch und chemisch geschritten werden. Daran ist eine Sonden- und Prostatauntersuchung anzuschliessen. In den meisten Fällen wird ein entzündlicher Zustand des Caput gallinaginis gefunden. Er bespricht die Untersuchungsmethoden und Anwendungsweise der Aetzungen, der Sonden, des Psychrophors, der Suspensionen, der Elektrizität, der Hydrotherapie, der Gymnastik und Prostatamassage. Eine wichtige Rolle fällt der aufklärenden Behandlung des Patienten zu. Besonders warnt er vor allen Medikamenten, die als spezifisch angesehen werden, da sie nichts leisten, wenn nicht eine causale Therapie eingreift und wenn sie nicht in ganz genau festzustellenden Stadien des Leidens verabfolgt werden. Die Prognose wäre im allgemeinen keine schlechte. Der Vortrag wird in der «Petersburger Medizinischen Wochenschrift» erscheinen und müssen alle Einzelheiten daselbst nachgelesen werden.

(Autoreferat).

8. Dr. med. H. Knochenstiern-Riga: «Zur otogenen Meningitis serosa». Nach Quincke beruht die Meningitis serosa auf einer einfachen, nicht parasitären Entzündung der cerebralen Pialgefässe, welche zur Exsudation und Vermehrung der Cerebralflüssigkeit führt. An die wenigen einwandsfreien, in der Literatur angeführten Fälle reiht sich der Fall Jakob L. aus Kurland an, welcher operiert wurde und vollständig genas. Patient, 15 Jahre alt, litt seit 9 Jahren, wo er Scharlach überstanden, an linkseitiger Ohreneiterung. Anfang Juli 1903 stellten sich allmählich verschiedene psychische Symptome ein, Aengstlichkeit, Schlaflosigkeit, Wahnvorstellungen, Verwirrtheit. Zu diesen nervösen Symptomen kam noch folgender objektiver Befund: die Schmerzempfindung fast am ganzen Körper aufgehoben, in der Bauchgegend Hyperästhesie, Stauungspapille, Geschmacksempfindung stark herabgesetzt — Zucker, Salz und Pfeffer werden nicht unterschieden. Nachdem am 4. August 1903 die Totalaufmeisselung ohne irgend einen Erfolg gemacht worden, entschloss man sich zur Spaltung der Dura über dem Temporallappen. Es wurde mit dem Skalpell in's Cerebrum eingegangen, jedoch kein Abcess gefunden.

Nach Abfluss einer bedeutenden Menge von Cerebralflüssigkeit gingen alle Krankheitssymptome zurück und Patient genas vollständig. Bis zur Eingabe des Autoreferats am 11. April 1905 kein Rezidiv.

(Autoreferat).

9. Prof. K. Dehio proponiert, das Präsidium zu beauftragen, circulariter mit einer Anfrage an die livländischen und kurländischen Aerzte zu gehen, ob sie eventuell gewillt seien, sich an einzurichtenden vierwöchentlichen Aerztekursen am Rigaschen Krankenhause zu beteiligen, welche bei genügender Beteiligung in's Leben gerufen werden könnten. Diesbezügliche Meldungen wären an Dr. Keilmann-Riga zu richten.

Diese Proposition wird angenommen.

Prof. K. Dehio dankt für die rege Teilnahme und die reichhaltige Anregung, die durch die zahlreich erschienenen Kollegen geboten worden war.

Dr. Ströhmberg als Vertreter der Medizinalverwaltung erklärt den XVI. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte für geschlossen.

Protokolle des II. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval.

(Fortsetzung.)

9. Dr. von Nottbeck-Weissenstein erstattet seinen Kommissionsbericht: Projekt eines Impfreglements für Estland:

M. H. Nachdem auf dem vorigen Aerztetage ein Vortrag von mir über die Reform des Impfwesens in Jerwen zur Verlesung gelangt ist, habe ich denselben umgearbeitet und unter Mithilfe des Kollegen Grohmann in Paragraphe eingeteilt. Dieser «Entwurf eines Impfreglements für das flache Land in Estland» ist von der seitens der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft gewählten Sanitätskommission begutachtet und in einigen Punkten geändert worden, und ich erlaube mir jetzt, Ihnen das Projekt vorzulegen. Die Hauptdirektive zu demselben haben das Gesetz und der Impfmodus bei uns zu Lande bis zu den 80-er Jahren gegeben. In ersterem findet sich viel auf das Impfwesen Bezügliches, wobei jedoch bemerkenswert ist, das nur relativ weniges bindende Kraft hat, dagegen laut § 760 (сводъ узаконеній и распоряженій правительства по врачебной и санитарной части, выпускъ II, 1896—97) alle Detailfragen dem Gutdünken der landschaftlichen Institutionen anheimgestellt sind. Ferner habe ich mehrfach das Deutsche Reichsimpfgesetz mit seinen Erläuterungen zu Rate gezogen.

§ 1. An der Spitze des Impfwesens im Gouvernement steht das Gouvernementsimpfkomitee. Diesem untergeordnet sind die in jedem Kreise bestehenden Kreisimpfkomitees, welchen die Oberaufsicht über das Impfwesen in den betreffenden Kreisen obliegt. Jedes Kreisimpfkomitee hat folgenden Bestand:

1) der Kreischef, als Vorsitzender,
2) ein lutherischer Prediger,
3) ein orthodoxer Geistlicher,
4) ein Kreisdeputierter,
5) das Stadthaupt,
6) die Bauerkommissare,
7) der Polizeimeister (wo ein solcher vorhanden),
8) der Kreisarzt, als Geschäftsführer,
9) der Stadtarzt,
10) ein Sanitätsarzt (wo ein solcher in der Stadt vorhanden).

§ 2. Die Obliegenheiten der Kreisimpfkomitees sind folgende:

1) Revision der von den Sanitätsärzten eingesandten Berichte (Formular VI).

Anm. Auf Verlangen sind den Komitees die Schnurbücher, eventuell auch die Impflisten einzuliefern.

2) Halbjährliche Berichterstattung an das Gouvernementsimpfkomitee (Formular I).

3) Bestätigung und Entlassung der Impfer, sowie Sorge für eine hinreichende Anzahl von Impfern.

4) Versorgung der Impfer mit Lymphe und Lanzetten.

Anm. Die ausschliesslich animale Lymphe ist wenigstens 2 mal jährlich zu jedem Impftermin in genügender Menge den Impfern zuzusenden.

5) Versorgung der Prediger mit Blanketten für ihre Halbjahresberichte. (Formular II.)

6) Unterweisung von Personen, die das Impfen erlernen wollen.

Die Sitzungen der Komitees finden mindestens 2 mal jährlich statt, und zwar Ende Januar und Ende Juli.

§ 3. Jeder Kreis wird in Impfbezirke eingeteilt, deren Anzahl und Abgrenzung vom Kreisimpfkomitee festgesetzt wird.

§ 4. Für jeden Impfbezirk wird ein Impfer angestellt, jedoch kann mit Einwilligung des Impfkomitees ein Impfer auch mehrere Impfbezirke übernehmen.

Als Impfer sind Küster und Lehrer vorzuziehen.

Die Impfer werden von den Gemeindeverwaltungen vorgeschlagen, von den Kreisärzten geprüft und von den Impfkomitees bestätigt.

Ueber jede eintretende Vakanz hat die Gemeindeverwaltung unverzüglich dem Kreisarzt Mitteilung zu machen und einen neuen Impfer vorzuschlagen. Wenn ein Impfer sein Amt niederlegen will, so hat er solches 3 Monate vorher durch die Gemeindeverwaltung dem Impfkomitee mitzuteilen.

Anm. Etwaige Klagen über die Impfer sind bei den Sanitätsärzten anzubringen (cf. § 26, 11).

§ 5. Der Impfung unterliegt: 1) Jedes Kind nach Erreichung seines 3. Lebensmonates am nächstfolgenden Impftermin.

Anm. Während Pockenepidemien sind auch jüngere Kinder zu impfen.

2) Jedes Schulkind beim Eintritt in die Schule, sofern es nicht innerhalb der letzten 5 Jahre mit Erfolg geimpft worden ist.

Anm. Die Schullehrer haben dafür zu sorgen, dass die revaccinationspflichtigen Kinder zu Beginn des Schuljahres geimpft werden. Die widersetzlichen Kinder werden vom Schulbesuche solange ausgeschlossen, bis sie der Revaccinationspflicht genügt haben, wobei deren Eltern für die versäumten Schultage die vorgesehene Strafzahlung zu leisten haben. Die Namen der illegal nicht revaccinierten Kinder sind innerhalb zweier Monate den Sanitätsärzten anzugeben.

3) Bei Herrschen von Pocken sind alle Einwohner der infizierten Ortschaft zu impfen.

§ 6. Von den Pastoren und orthodoxen Geistlichen (resp. Vorstehern von Sekten und Rabbinern) werden 2 mal jährlich und zwar zum 15. Juni und 15. Dezember, den Gemeindever-

Digitized by Google

waltungen namentliche Listen derjenigen Kinder zugesandt die im letzten Halbjahre geboren und zur Zeit am Leben sind (Formular II).

§ 7. Nach diesen Angaben (§ 6) fertigen die Gemeindeverwaltungen die Impflisten (Formular III) an unter Hinzufügung der Namen der bisher ungeimpften resp. erfolglos geimpften, sowie der im letzten Halbjahre aus anderen Gemeinden ungeimpft zugezogenen Kinder. Ferner werden die Namen der verstorbenen und weggezogenen Kinder ausgestrichen, wobei in letzterem Falle möglichst der neue Aufenthaltsort anzugeben ist, woselbst das betreffende Kind als zu impfendes angezeigt werden muss. Bei auf Hofsland lebenden Kindern ist solches anzumerken.

§ 8. Die Gutspolizeiverwaltungen sind zu verpflichten, einmal jährlich, und zwar bis zum 15. Mai jedes Jahres, den Impfkomitees die Namen aller auf Hofsland lebenden Kinder anzugeben, die noch nicht im schulpflichtigen Alter stehen und nicht zur Bauerngemeinde des betreffenden Gutes gehören. Hierbei ist zu vermerken: Vor-, Vaters- und Familiennamen, Alter und Zugehörigkeit der Kinder. Diese Daten werden von den Impfkomitees den betreffenden Gemeinden behufs Eintragung in die Impflisten mitgeteilt, worauf die Kinder zum Herbsttermin geimpft werden (§ 10, Anm. 2), es sei denn, dass sie sich durch Impfzeugnisse oder Blatternarben als nicht impfpflichtig ausweisen.

§ 9. Die Impflisten (§ 7) sind von den Gemeindeverwaltungen bis zum 1. Februar und 1. August den Impfern zu übergeben als Richtschnur beim Impfen.

Anm. Kinder, die nicht in den Listen angegeben sind und deren Impfung gewünscht wird, werden geimpft und ihre Namen in die Listen eingetragen. Desgleichen wird der entsprechende Vermerk in die Listen gemacht, wenn ein Kind nicht zum Termin erscheint, sondern ein Impfzeugnis vorgestellt wird.

§ 10. Es kann das ganze Jahr geimpft werden. Im Frühling und Herbst jedoch sind an bestimmten Punkten von den Impfern Impftermine abzuhalten. Versammlungspunkte und Termine werden vereinbart zwischen Gemeindeverwaltungen und Impfern und sind rechtzeitig (mindestens eine Woche vorher) den Gemeinden, den Gutspolizeiverwaltungen und den Sanitätsärzten anzuzeigen. Die Gutspolizeiverwaltungen haben ihrerseits den Hofsleuten die Termine mitzuteilen. Die Impflinge sind an der Hand der Impflisten rechtzeitig zu zitieren.

Anm. 1. In grösseren Impfbezirken sind die Versammlungspunkte an verschiedenen Orten des Bezirkes anzugeben. Als Impflokale sind Schul- und Gemeindehäuser vorzuziehen. Sie müssen genügend gross, hell und warm sein und sind vor den Terminen zu reinigen und zu lüften.

Anm. 2. Die auf Hofsland lebenden Kinder werden vom Gemeindeältesten durch Vermittlung der Gutspolizei zitiert (Landgemeindeordnung § 16, Anm. 2 und § 22) und deren Eltern bei Widersetzlichkeit laut § 29 des Friedensrichterustaws bestraft (cf. § 23).

§ 11. Die Impfer haben erforderlichen Falles auch Einzelimpfungen vorzunehmen, sei es bei sich zu Hause, sei es auf Fahrten. Im letzteren Falle haben die Angehörigen des Impflings das Gefährt zu stellen und den Impfer extra zu honorieren.

§ 12. An Orten, in denen Infektionskrankheiten (wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Keuchhusten etc.) in grösserer Verbreitung auftreten, sollen keine Impftermine abgehalten werden. Ebenso dürfen Kinder aus Häusern, in denen Infektionskrankheiten (die obengenannten Krankheiten und ausserdem die natürlichen Pocken) herrschen, nicht zu den Impfterminen gebracht werden, auch darf in solchen Häusern kein Termin stattfinden. Impfung und Nachschau an Kindern aus infizierten Häusern müssen getrennt von den übrigen Impflingen vorgenommen werden.

§ 13. Bei Erkrankung der Impflinge oder Schwächlichkeit derselben ist die Impfung zu unterlassen und im nächsten Impftermine resp. nach 1 Jahr vorzunehmen.

§ 14. 12 Tage nach der Impfung sind die Impflinge am Orte ihrer Vaccination vom Impfer zu besichtigen; die Nachschau an den revaccinierten Schulkindern haben die Lehrer auszuführen. Die Erstimpfung gilt als erfolgreich, wenn 2 Pocken aufgegangen sind; bei der Revaccination genügt für den Erfolg schon die Bildung von Knötchen resp. Bläschen an der Impfstelle. War die Impfung erfolglos, so ist der Impfling spätestens am nächsten Impftermine wieder zu impfen; ist auch dieses Mal das Resultat ein negatives, so wird das Kind abermals zum nächsten Termin zitiert und geimpft, womit der Impfpflicht genügt ist. Nach erfolgter Nachschau füllen die Impfer in den Listen die Rubriken 8—10 aus.

§ 15. Kann ein Kind zur Nachschau nicht erscheinen, weil es erheblich erkrankt oder im Hause eine ansteckende Krankheit ausgebrochen ist, so muss solches zum Termin dem Impfer mitgeteilt werden. Jedoch sind die Eltern gehalten, den Impfling dem Impfer vorzustellen, sobald der Behinderungsgrund fortgefallen ist.

§ 16. Wenn die Impfer Revaccinationen vorgenommen haben, so notieren sie in den Listen den Namen, das Alter und den Wohnort der betreffenden Person, sowie den Erfolg (welcher bei revaccinierten Schulkindern von den Lehrern den Impfern mitgeteilt wird) und fügen in Rubrik 10 die Bemerkung «revacciniert» hinzu.

§ 17. Beim Impfen resp. Revaccinieren und bei der Nachschau assistiert ein Mitglied der Gemeindeverwaltung (ausgenommen sind Einzelimpfungen). Der Gemeindebeamte bezeugt in den Impflisten (Pt. 11), durch seine Namensunterschrift bei jedem einzelnen Erstimpfling das Resultat des Impfens. Bei den Revaccinationen an den Schulkindern assistiert ausser dem Gemeindebeamten noch ein Lehrer. Dieser bezeugt neben dem Impfer die erfolgte Revaccination auf der Rückseite des ersten Impfscheines (§ 21). (Formular V.)

§ 18. Die Impfer übergeben zum 15. Juni und 1. Dezember die Impflisten den Gemeindeverwaltungen.

§ 19. Jede Gemeindeverwaltung führt ein vom Kreisarzt verschnürtes Schnurbuch über das Impfwesen in ihrem Gebiet. In dasselbe werden die Impflisten kopiert, bevor sie den Impfern übergeben werden, desgleichen werden nach Rücklieferung der Impflisten die während der Impfung und Nachschau gemachten Eintragungen in das Schnurbuch notiert. Für die Richtigkeit der Kopie haften mit ihrer Unterschrift der Gemeindeälteste und der Gemeindeschreiber.

§ 20. Die Gemeindeverwaltungen senden die Schnurbücher bis zum 1. Juli resp. 15. Dezember an die Sanitätsärzte, welche sie ihnen spätestens bis zum 15. Juli resp. 15. Januar zurückzustellen haben.

§ 21. Den Kindern, die mit Erfolg resp. 3 mal erfolglos geimpft worden sind, werden von den Impfern Impfscheine (Formular IV) ausgestellt. Diese Impfscheine werden zusammen mit allen Schnurbüchern den Sanitätsärzten zugestellt, welche die Scheine durch ihre Unterschrift beglaubigen und an die Gemeindeverwaltungen zurückschicken zur Verteilung an die Eltern der Impflinge.

§ 22. Die Impfscheine sind beim Eintritt in die Schule vorzuzeigen; ungeimpfte Kinder dürfen nicht aufgenommen werden.

§ 23. Diejenigen auf Bauerland lebenden Eltern (cf. § 10, Anm. 2), die ihre impfpflichtigen Kinder ohne legalen Grund nicht zum Impftermin resp. zur Nachschau gebracht haben, unterliegen einer in der Landgemeinde-Ordnung für die Ostseegouvernements sub § 24 angegebenen Strafe (cf. ebenda § 19, g).

§ 24. Diejenigen Aerzte, welche Impfungen ausführen, sind gehalten, den Impflingen Impfscheine auszustellen (§ 9, Anm.), in denen anzugeben sind Namen, Geburtsort und Geburtsdatum des Impflings, Datum der Impfung und das Resultat derselben.

§ 25. Die Impfer erhalten von den Gemeinden 2 mal jährlich postnumerando 15—25 Rbl. Gage pro Jahr und Impfbezirk oder 20 Kop. für jede mit Erfolg oder 3 mal erfolglos geimpfte Person. Für eine Revaccination bekommen die Impfer 10 Kop., welcher Satz bei Massenrevaccinationen entsprechend ermässigt wird.

Das Gefährt für den Impfer stellt die Gemeinde resp. die Gutsverwaltung bei Impfungen am Hofe. Für unentgeltliche Nachtherberge hat die Gemeinde zu sorgen.

Die Ausgaben für Lymphe und Lanzetten, sowie für die Blankette für die Berichte der Impfkomitees und Sanitätsärzte und die Predigerlisten bestreitet die Landschaft. Die Gemeinden bezahlen die Schnurbücher, Impflisten und Blankette für die Impfscheine, sowie die beim Impfen benutzte Karbolsäure und hygroskopische Watte.

Anm. 1. Für auf Bauerland lebende Impflinge, die zu einem anderen Gebiet angeschrieben sind, zahlt die Gemeinde, in der diese Kinder leben. (Hierbei bleibt es der Gemeinde überlassen, das Geld von der anderen Gemeinde beizutreiben.) Für auf Hofsland lebende Impflinge zahlt die örtliche Gemeinde, falls die Kinder zu dieser angeschrieben sind; im entgegengesetzten Falle haben die Eltern der Impflinge selbst zu zahlen, wobei eventuell die Zahlung durch die Gutspolizei beizutreiben ist.

Anm. 2. Bei Massenimpfungen auf Höfen haben diese die Kosten zu tragen.

§ 26. Die direkte Kontrolle des Impfwesens haben neben den Kreisärzten die Sanitätsärzte auszuführen, wobei sie ihr Augenmerk besonders zu richten haben:

1) auf die richtige Zusammenstellung und sorgfältige Führung der Impflisten und Schnurbücher,
2) auf die passende Auswahl der Impftermine und — lokale,
3) auf den Gesundheitszustand der Impflinge,
4) auf die Qualität der Lymphe und Lanzetten,
5) auf die regelrechte Ausführung der Impfung seitens der Impfer,
6) auf die Ausführung von Massenimpfungen bei Pockenepidemien, wozu Höfe und Gemeinden zu veranlassen sind,

Digitized by Google

7) darauf, dass beim Eintritt in die Schulen Impfzeugnisse verlangt und die vorgeschriebenen Impfungen ausgeführt werden,

8) auf die Bestrafung der Widersetzlichen,

9) auf Einhaltung der Bestimmungen, betreffend die Infektions-Krankheiten (§ 12),

10) darauf, dass die Impfer Kinder, die aus legalen Gründen zum Termin nicht erschienen sind, nachträglich der Impfung resp. Nachschau unterwerfen.

11) Einlaufende Klagen über die Impfer haben die Sanitätsärzte auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen und erforderlichen Falles zur weiteren Verfolgung dem Impfkomitee zu übergeben.

12) Die Sanitätsärzte haben 2 mal jährlich, und zwar zum 15. Januar und 15. Juli, nach den Schnurbüchern Impfberichte (Formular VI) an die Impfkomitees zu schicken.

Anhang I. Formulare.

Formular I.

Halbjahresberichte des Kreisimpfkomitees an das Gouvernementsimpfkomitee.

Ходъ оспопрививанія въ .... уѣздѣ

за .... полугодіе 19.......... года.

Привита оспа.			Въ слѣдующемъ полугодіи подлежатъ прививкѣ.	Ревакцинованны.			Число оспопрививателей.	Примѣчанія.
Съ успѣхомъ.	Безъ успѣха.	Число всѣхъ привитыхъ.		Съ успѣхомъ.	Безъ успѣха.	Число всѣхъ ревакцинованныхъ.		

(Unterschrift.)

Formular II.

Predigerlisten.

Списокъ новорожденнымъ дѣтямъ за время съ .... по .... 19...... г., составленный священникомъ-пасторомъ .... прихода .... уѣзда.

Текущій №.	Волость и общество.	Имя, отчество (для незаконныхъ имя матери) и фамилія ребенка.	День, мѣсяцъ и годъ рожденія ребенка.	Умерло.

(Unterschrift.)

Formular III.

Impflisten und Schnurbücher.

1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	11
Текущій №.	Мѣсто приписки ребенка и настоящее мѣстожительство.	Имя, отчество (для незаконныхъ имя матери) и фамилія ребенка.	День, мѣсяцъ и годъ рожденія ребенка.	Прошлый разъ не явился на прививкѣ	Въ прошломъ году прививка безъ успѣха.	Время прививки и повѣрки.	Привита оспа.		Непривита оспа и по какой причинѣ.	Примѣчанія (осложненія на мѣстѣ прививки, неявка къ повѣркѣ и т. д.).	Подпись чина Волостного Правленія, присутствовавшаго при прививкѣ и повѣркѣ.
							Съ успѣхомъ.	Безъ успѣха.			

(Unterschrift des Impfers.)

Formular IV. Impfzeugnis.

Свидѣтельство о прививкѣ оспы.

Симъ свидѣтельствую, что на основаніи прошнурованной книги по оспопрививанію за № . . . младенцу . . . .
(имя, отчество и фамилія)
приписанному къ . . . . общ. . . . . вол. . . . . уѣзда и проживающему въ . . . , общ. . . . . вол. . . . . уѣзда была привита . . . . предохранительная оспа. Младенецъ родился
(число)
. . . . . .
(число)

Оспопрививатель . . . . вол. . . . . уѣзда.
Удостовѣрилъ

Formular V. Wiederimpfschein (auf der Rückseite des Impfscheines).

Свидѣтельство о ревакцинаціи.

Симъ свидѣтельствую, что посѣщаю { щему / щей } училище въ . . . . общ. . . . . вол. . . . . уѣзда . . . .
(имя, отчество и фамилія)
была . . . . успѣх . . . повторно привита оспа . . . . .
(число).

Оспопрививатель . . . . вол. . . . . уѣзда.
Присутствовалъ: учитель . . . .

Formular VI.

Berichte der Sanitätsärzte an die Impfungkomitees.

Ходъ оспопрививанія въ санитарномъ участкѣ ....

за .... полугодіе 19........ года.

Привита оспа.			Непривита оспа и по какой причинѣ.	Ревакцинованны.			Отказалось учащихся отъ ревакцинаціи.	Оспопрививатели.	Помѣщенія для прививки.	Примѣчанія.
Съ успѣхомъ.	Безъ успѣха.	Всего.		Съ успѣхомъ.	Безъ успѣха.	Всего.				

(Unterschrift.)

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Direktor des hiesigen Instituts für Experimental-Medizin, wirkl. Staatsrat Dr. bot. Winogradski, ist auf sein Gesuch am 23. Juli von diesem Amt enthoben worden, unter Belassung als wirkliches Mitglied dieses Instituts. Zu seinem Nachfolger ist, wie wir bereits mitteilten, Prof. Dr. Wl. Podwyssotzki aus Odessa ernannt worden. Der neuernannte Direktor des Instituts für Experimentalmedizin (ein Sohn des vielen ehemaligen Dorpatensern bekannten Dr. Valerian Podwyssotzki, der 1872—1878 in Dorpat Medizin studierte, dann Assistent und Privatdozent der Pharmakologie an der Universität Dorpat und von 1885 an Professor der Pharmakologie in Kasan war) ist i. J. 1857 geboren und hat seine medizinischen Studien an der militär-medizinischen Akademie gemacht, an welcher er 1884 den Kursus absolvierte. Nachdem er an der Kiewer Universität anfangs als Privatdozent, dann als Professor länger als ein Dezennium die Vorlesungen über allgemeine Pathologie gehalten, wurde er 1899 an die Odessaer Universität übergeführt, wo er als Dekan mit der Einrichtung der neukreierten medizinischen Fakultät betraut wurde und den Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie bis jetzt inne hatte. Bekanntlich ist Prof. Podwyssotzki seit dem Tode Manasseins auch Mitredakteur des «Russki Wratsch».

— Der Inspektor für das Medizinalwesen des Ressorts der Institutionen der Kaiserin Maria, Ehren-Leibakkoucheur des Allerhöchsten Hofes Prof. emer. Dr. Fenomenow, ist für Auszeichnung zum Geheimrat befördert worden.

— Der Oberarzt des Sewastopoler Marinehospitals und Medizinalinspektor des Sewastopoler Hafens Dr. Kyber ist zum Oberarzt der Sewastopoler Gemeinschaft barmherziger Schwestern des Roten Kreuzes ernannt worden, unter Belassung in den bisherigen Stellungen.

— Der Geschäftsführer der Verwaltung des Ober-Medizinalinspektors Dr. Freyberg ist für Auszeichnung zum wirklichen Staatsrat befördert worden.

— Zum Oberarzt des Warschauer Hospitals «Kindlein Jesu» ist der bisherige Gehülfe dieses Hospitals Dr. Karwowski ernannt worden.

— Der verdiente Direktor der Berliner städtischen Lungenheilstätte Belzig, Prof. Dr. Müller, welcher sich durch seine bakteriologischen Forschungen einen namhaften Ruf erworben hat, ist von der Leitung der Anstalt zurückgetreten, die er seit ihrer Gründung i. J. 1899 innegehabt hat. Zu seinem Nachfolger ist der Generaloberarzt bei der Landwehr-Inspektion Berlin, Dr. Landgraf ernannt worden.

— Verstorben: 1) Im Kirchdorfe Putjatino (Gouv. Jarosslaw) der Landschaftsarzt Paul Wassiljewski im Alter von 64 Jahren nach 37-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 2) In Kronstadt der Flaggmannsdoktor der baltischen Flotte Dr. Paul Gubarëw im 56. Lebensjahre. Als Marinearzt ist der Verstorbene über 30 Jahre tätig gewesen. 3) In Pjatigorsk der dortige Arzt Dr. Andreas Danielbek im 60. Lebensjahre. Er wurde in der Nacht von Räubern überfallen und durch Schläge auf den Kopf getödtet. In früheren Jahren war der Verstorbene lange Zeit Arzt in St Petersburg. 4) Am 3. Juli auf dem Gute «Sorka» die hiesige Aerztin Katharina Schumow-Ssimanowski im Alter von 53 Jahren. Die Verstorbene hat die ärztliche Tätigkeit 25 Jahre ausgeübt. 5) In der Ansiedlung Konstatinowka der junge Arzt S. Poljaukow im Alter von 28 Jahren. Er hat sich nach einer von ihm ausgeführten missglückten Operation (wahrsch. Tracheotomie) an einem diphtheriekranken Kinde, die den Tod desselben zur Folge hatte, durch einen Revolverschuss am Krankenbett das Leben genommen. 6) In Kiel der Prof. ord. der Anatomie und ehemalige Direktor des anatomischen Instituts der dortigen Universität, Geh. Medizinalrat Dr. Walter Flemming, im 66. Lebensjahre. Seine akademische Laufbahn begann der Hingeschiedene als Privatdozent in Rostock, erlangte dann 1873 eine ausserordentliche Professur in Prag und wurde 1876 als ordentlicher Professor nach Kiel berufen. Fl. hat sich besonders um die Ausgestaltung der Zellenlehre Verdienste erworben.

— Der Marinearzt Dr. Axel Gnadeberg, dessen am 14. Mai in der Seeschlacht bei Tsushima erfolgten Tod wir in Nr. 28 meldeten, war am 19. Februar 1877 bei Dorpat geboren, erhielt seine Schulbildung im Revaler Gymnasium und widmete sich dann 1897 dem Studium der Medizin an der militär-medizinischen Akademie in St. Petersburg, wo er der Korporation «Nevania» angehörte. Nach Erlangung des Arztgrades zu Ende des Jahres 1903 wurde G. Marinearzt und nahm als solcher auf dem Panzerschiff «Borodino» an jener unglücklichen Schlacht bei Tsushima teil, wo er fast mit der ganzen Bemannung des Schiffes den Tod in den Wellen fand.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Professor Dr. W. Zoege von Manteuffel, der bekanntlich in der letzten Zeit auch als Konsultant für Chirurgie an allen Heilanstalten des Roten Kreuzes auf dem Kriegsschauplatze fungierte, hat, wie die «Nordl. Ztg.» erfährt, die Heimreise vom Kriegsschauplatz angetreten. Am 24. Juli sollte er aus Irkutsk abreisen, so dass er im August-Monat in Jurjew (Dorpat) eintreffen dürfte.

— Dem Generalbevollmächtigten des Russischen Roten Kreuzes bei den Mandschurischen Armeen, Stallmeister des Hofes Sr. Kais. Majestät Fürst Boris Wassiltschikow, ist für ausgezeichnet eifrigen Dienst und Mühewaltung während der Kriegszeit der St. Wladimirorden II. Klasse Allerhöchst verliehen worden.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner ist den jüngeren Aerzten der Divisionslazarette der ostsibirischen Schützendivisionen Dr. Baron Ewald v. der Osten-Sacken und Dr. Heinrich Wolfpletzer der St. Stanislausorden II. Klasse mit Schwertern verliehen worden.

— Der hiesige Arzt Dr. Georg Voss, welcher zu Anfang dieses Jahres vom Kriegsschauplatz zur Wiederherstellung seiner Gesundheit hierher zurückgekehrt war, ist neuerdings wieder zum aktiven Dienst einberufen worden und hat sich an seinen vorläufigen Bestimmungsort Tscheljabinsk begeben.

— Wie verlautet, hat das Zentralkomitee des deutschen Roten Kreuzes in Berlin die Exekutivkommission des Russischen Roten Kreuzes davon benachrichtigt, dass das Komitee in Anbetracht der augenblicklichen Kriegslage es für notwendig erachtet, die auf dem Kriegsschauplatz tätige Sanitätskolonne des Deutschen Roten Kreuzes abzuberufen.

— Das Evangelische Feldlazarett, sowie sein Personal ist, wie die Geschäftsführung mitteilt, noch immer auf zwei Orte verteilt:

In Guntschulin befindet sich noch eine Abteilung von ungefähr 100 bis 130 Betten, von denen jedoch nur ein Drittel bis zur Hälfte in letzter Zeit besetzt ist, und zwar teils durch Verwundete, teils durch Erkrankte. Die Leitung dieses Lazaretts liegt in der Hand von Dr. Kaegeler, zu dessen Unterstützung Dr. Hecker vom Oberarzt bestimmt ist. Dr. Bierich, der auch zu dieser Abteilung gehört, ist mit der Fliegenden Kolonne, die grosse Strapazen hinter sich hat, Ende Juni wohlbehalten von Sipingai nach Guntschulin zurückgekehrt und von da nach Tschalantun weiter gereist. Nach Tschalantun ist auch die überaus wertvolle Röntgen-Photographiensammlung übergeführt worden, die ungefähr zehnmal so viel Nummern enthält, als alle übrigen Sammlungen auf dem Kriegsschauplatz zusammengenommen.

Das Lazarett in Tschalantun, das teils aus Zelten, teils aus festen Gebäuden besteht, ist ganz vollendet und hat ebenfalls schon Patienten aufgenommen. Hier arbeitet der Oberarzt Dr. v. Schiemann mit je sechs Schwestern und Sanitären. Bei dem hübsch in den Bergen gelegenen Lazarett fehlt weder Gemüsegarten noch Geflügelhof, weder Bäckerei noch Milchviehstand mit Pumpentränke. Kurzum, hier ist bis zum letzten Pünktchen alles fertig und instand gesetzt. Auch das Hauptdepot befindet sich hier, nachdem das Depot in Charbin aufgelöst worden und dessen Verwalter, Herr Otto Grünerwald, in die Heimat zurückgekehrt ist.

Von Universitäten, med. Instituten und Kongressen.

— Zum Nachfolger Nothnagels ist, wie aus Prag gemeldet wird, der Kliniker der dortigen deutschen Universität Prof. Dr. Rudolf v. Jaksch primo loco vorgeschlagen worden.

— Der Direktor der chirurgischen Abteilung des Berliner städtischen Krankenhauses am Urban, Prof. Dr. Werner Körte, hat einen Ruf an die Königsberger Universität als Nachfolger Prof. Garrés erhalten, sich jedoch entschlossen seinem bisherigen Wirkungskreise treu zu bleiben.

— Das Institut für Experimentalmedizin hat soeben eine reiche Spende erhalten: Es hat nämlich der Petersburger Hausbesitzer N. K. Ssinjagin dem Institut ein von ihm (Ssinjagin) am Ufer der grossen Newka auf dem Grundstück des Instituts erbautes 3stöckiges Gebäude geschenkt, in welchem eine selbständige praktische Abteilung des Instituts zur Erforschung der Ursachen und neuen Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten (hauptsächlich infektiösen Charakters) eingerichtet werden soll. Der grössere Teil des Gebäudes ist für die Klinik (mit 10 Frei-

Digitized by Google

betten und einer Anzahl Betten für zahlungsfähige Kranken), der kleinere Teil für das Laboratorium bestimmt. Der Unterhalt der Freibetten ist vom Spender durch einen jährlichen Beitrag von 4200 Rbl. sichergestellt. Die Kosten für den Bau und die innere Einrichtung haben weit über 100,000 Rbl. betragen.

(R. Wr.).

— In Genf ist am 6. August n. St. der internationale Kongress für Anatomie eröffnet worden. An dem Kongress nehmen 260 Personen teil, darunter Vertreter der grossen anatomischen Gesellschaften von Deutschland, Frankreich, England, Amerika und Italien.

Epidemiologisches.

— Von der Allerhöchst bestätigten Kommission zur Verhütung und Bekämpfung von Epidemien wird folgendes bekannt gemacht:

Da bis jetzt in den Grenzen des Reiches keine Cholerafälle zu registrieren gewesen sind und auch die Nachrichten aus Persien in bezug auf die Cholera günstig lauten, so hat der Minister des Innern auf Grundlage eines Beschlusses der obengenannten Kommission vom 15. Juli c. angeordnet, dass die Gouvernements Jarosslaw, Kostroma, Wladimir, Twer, Perm, Orenburg und Wjatka, das Gebiet des donischen Kosakenheeres und die Stadthauptmannschaft Rostow am Don nicht mehr als von der Cholera bedroht anzusehen sind.

— In Feodossia sind, wie die «Russ» erfährt, unter den chinesischen Matrosen auf dem Dampfer «Garonne» fünf Fälle von Erkrankungen an Beri-Beri vorgekommen, von denen zwei letal endeten.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. Juli d. J. 9350 (41 mehr als in d. Vorw.), darunter 778 Typhus — (25 mehr). 820 Syphilis — (10 wen.), 215 Scharlach — (21 wen.), 114 Diphtherie — (9 wen.), 89 Masern — (7 mehr) und 13 Pockenkranke — (4 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 10. bis zum 16. Juli 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
422	361	783	178	106	167	17	7	22	61	46	50	42	52	23	8	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 33. Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 43. Scharlach 13, Diphtherie 5, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 4, Grippe 6. Katarrhalische Lungenentzündung 71, Ruhr 7, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberkulose der Lungen 70, Tuberkulose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50. Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungskanals 196, Totgeborene 36.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von K. L. RICKER in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

RONCEGNO
Natürliche Arsen-Eisenquelle
bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.
Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria mit ihren Folgezuständen, Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.
Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—8.
Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.
Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.
Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.
Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.
Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

Dr. med. Lots Kuranstalt
f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. R.
Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.
Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. illustrierte Prospekte.
Friedrichroda i. Thür.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER
VICHY
(62) 17—6.
Eigenthum der Französischen Regierung.
BADE-SAISON.
In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.
Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts, Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Bad Wildungen.
(Deutschland)
Privatklinik für Harnkranke.
Dr. Rörig II (Reinhard).

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймоновской ул. д. 4, кв. 11.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Frau L. A. Bogoslowskaja, Ertelefi Pereulok № 16, Qu. 6.
J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.
Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.
Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.
Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.
Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.
Frau Minna Rieser, geb. Franke. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Digitized by Google

Sirolin „Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Thiocol-Pastillen „Roche“

à 0,5 gr bequemste und billigste Form.

Sulfosot-syrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Airol „Roche“

das beste, pulverförmige Antisepticum. Als Ersatz des Jodoforms in den meisten Kliniken im Gebrauch.

Vorteile: Absolute Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit und Reizlosigkeit.

Indikationen: Wundbehandlung, Verbrennungen, Unterschenkelgeschwüre, Hornhautgeschwüre und Abscesse, Hypopyonkeratitis, Gonorrhoe, Metritis etc.

Verordnung: Als Streupulver, Gaze, 10% Collodium, Bruns'sche Airolpaste, Glycerin-Emulsion und Salbe.

Allgemeine Fabrikanten:

F. Hoffmann-LaRoche & Co. Fabrik chem.-pharm. Produkte

Basel (Schweiz) ⁂ *Grenzach* (Baden).

Muster und Literatur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Sulfosotsyrup „Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Asterol „Roche“

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche“

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche“.

Digalen [Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate. Eisen- u. Bromprotylin „Roche“.

Arsylin „Roche“

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

Kgl. BAD KISSINGEN. (48) 10—10.

Bäder vom 15. April bis 1. November.

Weltberühmte eisenhaltige Kochsalzquellen (Rakoczy, Pandur, Maxbrunnen, Bockleter, Stahlwasser (phosphorarsenhaltig). Sole mit reichstem Kohlensäuregehalt für Trink- und Badekuren. Hervorragende Heilerfolge bei Magen-Darmerkrankungen; Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane (Asthma, Emphysem), Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit, Bleichsucht, Frauenkrankheiten.

Versand sämtlicher Mineralwässer durch die Verwaltung der Königl. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet. Aufschlüsse über alle Anfragen unentgeltlich vom **Kurverein Bad Kissingen.**

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства.

Совершенно не раздражаетъ. Охотно принимается. Хорошо усваивается. Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

Digitized by Google

Creosotal u. Duotal „Heyden"

sind anerkannt zuverlässige Medikamente gegen Lungen-**Tuberkulose, Pneumonie, Bronchitis** und **Skrofulose.** Frei von den zerrüttenden Nebenwirkungen, der Giftigkeit, dem üblen Geruch und Geschmack des Kreosots und Guajakols. Niemals Reizung des Magens oder Darmes. Kein Durchfall, kein Uebelsein, kein Erbrechen. Selbst in grossen Dosen äusserst zuträglich. In hohem Grade appetitanregend. Schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, Hebung des Ernährungs- und Kräftezustands, Verminderung von Husten und Auswurf. Phthisis ersten Stadiums schon in einigen Monaten heilbar. (23) 10–6

Calodal. Leicht assimilierbares Eiweisspräparat zur **subkutanen,** ganz besonders auch zur **rektalen Ernährung** und zur Darreichung **per os** als Kraftnährmittel. **Calodal-Nährklysmen** sind billig, leicht zuzubereiten, gut resorbierbar und setzen der Fäulnis im Darm einen grösseren Widerstand entgegen als andere Nährklysmen.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (64) 10–7.

Anthrasol (Knoll)

Entfärbter Teer.

Besonders juckstillend und keratoplastisch. Anwendung wie gewöhnlicher Teer.

Styptol (Knoll)

Uterines Haemostaticum.

Vereinigt die blutstillende Wirkung des Cotarnins und der Phtalsäure.

Literatur und Proben kostenlos!

KNOLL & Co. LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2–3 Uhr daselbst zu sprechen.

Dieser № liegt ein Prospekt über «Tannalbin (Knoll)» bei.

Довв. ценз. Спб., 1 Августа 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
SEP 16 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 31 St. Petersburg, den 6. (19. August). 1905.

Inhalt: Dr. Nikolaus Cukor: Von der konservativen Behandlung der Frauenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Balneotherapie. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Prof. Dr. O. Haab: Atlas und Grundriss der Lehre von den Augenoperationen. — Prof. Dr. W. Czermak: Die Augenärztlichen Operationen. — Enzyklopädie der praktischen Medizin, herausgegeben von M. T. Schnirer und Prof. Dr. H. Vierordt. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. -- Protokolle des II. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval. — XVII. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte in Arensburg 10.—12. August 1905. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Dieser № liegt № 4 u. 5 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.

Der XVII. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte findet vom 10.—12. Aug. a. c. in Arensburg statt.

Das Programm des Aerztetages finden die Leser auf der 8. Seite dieser Nummer.

Die I. ordentliche

Generalversammlung

der Mitglieder der Unterstützungskasse der Aerzte der livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe

findet in Arensburg am 10. August 1905 um 3 Uhr Nachm. statt.

Im Namen des Kuratoriums:

Dr. med. **G. von Knorre**, d. z. Präses.

NB. Falls wegen ungenügender Beteiligung der Mitglieder diese Generalversammlung nicht beschlussfähig sein sollte, so findet nach einer ½ Stunde eine 2. Generalversammlung statt, die unabhängig von der Anzahl der persönlich erschienenen Mitglieder beschlussfähig ist (§ 53 der Statuten).

Von der konservativen Behandlung der Frauenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Balneotherapie.

Von

Dr. Nikolaus Cukor, Badearzt in Franzensbad.

Die die Grundlage der modernen wissenschaftlichen Forschungen bildende Statistik hat uns die traurige Tatsache zum Bewusstsein gebracht, dass trotz der bewunderungswürdigen Fortschritte der Chirurgie, trotz des exaktesten Wissens und der vollkommensten Technik, wir in einzelnen Fragen der Heilkunde keine so souveräne Herrschaft über die Krankheiten gewinnen konnten, wie wir zuvor gehofft hatten.

Eine der wichtigsten und unleugbar häufigsten Frauenkrankheiten bilden die Entzündungsleiden der Gebärmutteradnexe.

Die Hoffnung, welche man für Heilung solcher Krankheiten auf die Chirurgie gesetzt hatte, haben sich ganz und gar nicht erfüllt, und wenn man beim Studium dieser Frage die darauf bezüglichen Artikel und die Berichte über die erschreckend zahlreichen Operationen aus der alten und neuen Welt durchblättert, so kommt Einem unwillkürlich die Beschuldigung jenes russischen Arztes in den Sinn, der, über die Unvollkommenheit der Heilkunde nachgrübelnd, mit traurigen Zahlen beweist, wie viele beklagenswerte Opfer die Ausgestaltung einer endgiltig bekräftigten Tatsache und das endliche Erwachen von einer Täuschung in der Heilkunde verlangt. — Mit dem Beginn des Zeitalters der Antisepsis und Asepsis, wodurch eine relative Gefahrlosigkeit des ärztlichen operativen Eingriffes erreicht wurde, und mit der Vervollkommnung der operativen Technik wandte sich die Gynäkologie mit einem in der Geschichte der medizinischen Wissenschaft einzig dastehenden Eifer dazu, bei den Entzündungsleiden der Gebärmutteranhänge den richtigen Weg der Heilung in der operativen Richtung zu finden.

Nach der angestrengten Arbeit zweier Jahrzehnte können wir heute schon sagen, dass diese Bestrebungen der Gynäkologie mit einem Fiasko endeten. Nichtsdestoweniger haben sie Resultate ergeben, die für die Gynäkologie von epochaler Bedeutung sind, nämlich dass durch die Operationen unsere Kenntnisse in der Anatomie und Pathologie der weiblichen Geschlechtsorgane so erweitert wurden, dass heute unser Wissen auf diesem Gebiete ganz und vollkommen ist. Wohl verkündeten schon Bernitz und Goupil auf Grund ihrer an Leichen gewonnenen Erfahrungen, dass die von dem Ovarium

Digitized by Google

CORNELL
UNIVERSITY
SEP 1 1932

und den Tuben ausgehenden intraperitonealen chronischen Eiterungen von den akuten Entzündungen, welche im Wochenbette entstehen, wohl zu unterscheiden sind; die einstige Feststellung dieser Tatsache ist jedoch der operativen Aera zu verdanken. Epochemachend bleibt auch der Erfolg, dass infolge des bei den Laparotomien gewonnenen reichen Untersuchungsmateriales die Aetiologie der Adnex-Entzündungserkrankungen vollkommen aufgehellt wurde. Sänger erbrachte nämlich für die von Noeggerath entdeckte Tatsache den vollständigen Beweis, dass die Ursache dieser Adnexentzündungen in gonorrhoischer Infektion zu suchen ist. Weiters erfuhren wir durch die Untersuchungen Wertheims, eine wie wichtige Rolle (bei den Kindbettentzündungserkrankungen) die gonorrhoische Infektion sogar als Ursache der Kindbettnachfieber spielt.

Die Verschiedenheiten, welche bei Beckenentzündungen und Eiterungen infolge puerperaler oder gonorrhoischer Erkrankungen zutage treten, hängen in erster Linie von der Verschiedenheit der Krankheitserreger dieser Entzündungen ab. Der Krankheitserreger der gonorrhoischen Infektion ist der Gonokokkus, die der puerperalen aber sind die Streptokokken; der Hauptunterschied besteht jedoch darin, dass die Infektion mittels Gonokokken durch die Schleimhaut, diejenige mittels Streptokokken durch die Lymph- und Blutgefässe geschieht.

Beide Erkrankungen können im Endresultat eiterige Tumoren verursachen, welche in der Praxis ausserordentlich oft miteinander verwechselt werden. Während jedoch bei puerperalen Infektionen die Infektion von der Schleimhaut des Uterus in die Lymph- und Blutgefässe desselben, und von dort in die Parametrien gelangt, verbreitet sich die gonorrhoische Erkrankung von der Schleimhaut des Uterus per continuitatem auf die Schleimhaut der Tuba. — Das Exsudat, welches bei puerperaler Infektion durch in die Parametrien gelangte Infektion entsteht, ist meistens extraperitoneal, während das Exsudat, welches von der Tuba in das Peritoneum gelangter Eiter hervorruft, meistens intraperitoneal ist.

Hieraus lässt sich der wichtige Schluss ziehen, dass die Erkrankungen der Adnexe nicht auf puerperalen Infektionen, in strengerem Sinne genommen, zurückzuführen sind, dass vielmehr die im Puerperium entstandene gonorrhoische Salpingitis und Pelvioperitonitis von den Kindbetterkrankungen ganz zu separieren sind.

Für die Erkrankungen der Adnexe gewinnen wir auch betreffs deren Prognostik aus dem Erwähnten wichtige Anhaltspunkte, da wir sagen können, dass die Erkrankungen der Adnexe infolge von gonorrhoischer Infektion im Gegensatze zu den puerperalen septischen Infektionen quo ad vitam eine absolut günstige Prognose zulassen. Für sich allein gefährden sie nämlich das Leben nicht. Es ist wahr, dass die Gonokokken nicht nur in den verschiedenen Epithelien, sondern auch im Bindegewebe Entzündungen hervorzurufen imstande sind, aber eben deswegen verdickt sich bei chronischen Fällen die Wand der Tuba bedeutend und diese Verdickung basiert auf der Hyperplasie des Bindegewebes. Darin müssen wir bei den angegriffenen Organen eine Neigung zur Genesung erblicken.

Es ist ferner eine bekannte Tatsache, dass das abdominale Ende der Tuba sich bei der Mehrzahl der Fälle von gonorrhoischer Salpingitis verschliesst und eine Sactosalpinx oder Pyosalpinx entsteht. Es ist dies eine Art Selbstverteidigung der Natur, indem die Tuba, welche zur Weiterführung des Eies und der Ondofädchen ungeeignet wurde, sich vor dem Ovarium spontan schliesst, und es ist wahr, dass einesteils durch diesen Vorgang weibliche Unfruchtbarkeit hervorgerufen wird, anderenteils sich jedoch der Eiter verkapselt, wodurch die Möglichkeit der Heilung gegeben ist.

Es können aber noch weitere regressive Metamorphosen auftreten. Der eiterige Inhalt verdichtet sich, die flüssigen Bestandteile werden zum Teil aufgesaugt, endlich kann eine Zusammenschrumpfung eintreten, so, dass die Adnexe sich zu einer von allen Seiten starren, verkapselten Eiter enthaltenden Masse umgestalten.

In anderen Fällen kann sich der Eiter langsam zu einer serösen Absonderung verwandeln, aus der Sactosalpinx purulenta wird eine Saotosalpinx serosa, d. h. auf solche Weise kann eine spontane Genesung eintreten.

Aber auch dort, wo sich diese Vorgänge nicht abspielen, verliert der Eiter nach und nach seine Infizierungsfähigkeit.

Durch die Untersuchungen Wertheims wissen wir, dass bei den meisten Fällen von Pyosalpinx deren Eiterinhalt sowohl, wie die Gewebeteile steril sind. Auf der Klinik von Schauta war der bakteriologisch untersuchte Eiterinhalt der Tuba in 72 von 114 Fälle steril. Witte fand bei Untersuchungen des Tubeneiters auf der Martinschen Klinik in 24 von 39 Fällen sterilen Eiter. Menge erklärt dies so, dass bei Anhäufung des Eiters infolge des gesteigerten Druckes die Wandgefässe der Eileiter komprimiert werden, und infolge der dadurch bewirkten Hemmung des Stoffwechsels die Bakterien schnell absterben.

All das Gesagte zusammengefasst, finden wir bei den häufigsten und schwersten Formen von Salpingitis, bei der akuten, chronischen und gonorrhoischen, d. h. bei Salpingitis purulenta alle Vorbedingungen zu einer spontanen Heilung. Der Eiter verkapselt sich, die Bakterien können zu Grunde gehen, es kann sogar der Eiter serös werden, und schliesslich kann durch Zusammenschrumpfen, manchmal mit völliger Herstellung der alten Funktion, der Fall genesen.

Trotz alledem führte das in die Chirurgie gesetzte Vertrauen die Frauenärzte prinzipiell auf den operativen Standpunkt.

Der heutige Standpunkt der Gynäkologie ist der alte prinzipiell nichtoperative Standpunkt. Im Interesse der Würdigung des alten konservativen Verfahrens, das seine Berechtigung zurückgewonnen hat, möchte ich einen kurzen Blick auf die Entwickelung und Geschichte der Anwendung des operativen Eingriffes werfen.

Gehen wir von dem Standpunkte aus, zu dem sich die uns zunächst stehende Wiener Schule noch im Jahre 1893, also vor 10 Jahren, bekannte, so finden wir, dass Schauta bei jeder fingerdicken Tuba die Ausrottung derselben für begründet hielt. Es ist eine Frage zweiten Ranges, dass er auch hierbei die Laparotomie über das vaginale Verfahren stellte.

Unter den literarischen Mitteilungen dieses Jahres, welche hierher gehören, und deren Zahl nicht weniger als 303 verschiedene Artikel beträgt, finden wir kaum 2 bis 3 Artikel, welche von dem konservativen, nicht operativen Heilverfahren handeln. Diese ausgenommen, berichten jene auf mehrere Hunderte sich belaufenden Mitteilungen über eine unglaublich grosse Zahl von operierten Fällen. Von ihren Operationen sprechen in erster Reihe französische und amerikanische Verfasser. Wir finden darunter mit überraschender Aufrichtigkeit geschriebene Mitteilungen, welche für die vollkommene Blindheit der, einmal aufgekommen, keine Grenzen mehr kennenden Operationswut Zeugnis ablegen; so der Bericht Polks, der nicht nur bei Entzündung der Adnexe,

Digitized by Google

sondern auch bei zweiseitiger Kindbett-Parametritis Laparotomie und Kastration ausführte, so auch K. Wylic, der bei frischen, im Kindbett entstandenen, tubaren und ovarialen Abszessen die frühzeitige Laparotomie für geraten hielt. Von der Erfahrung ausgehend, dass die Krankheiten der Genitalien und die leichteren psychischen Störungen in ursächlichem Zusammenhang stehen, entfernte er sogar bei Geisteskranken die Adnexe, natürlich ohne den Erfolg der Behebung der Geisteskrankheit. Um noch einige Namen von Operateuren anzuführen, sei bemerkt, dass Pozzi über 116, Doyen über 157, Schauta über 121, Chrobak über 146 operierte Fälle referieren.

Mit einem Wort, sowohl in der alten, wie in der neuen Welt führte die Operationswut zu einer schrankenlosen Kühnheit, und viele Tausende kranker Frauen, mit Gonorrhöe infizierter 18—20-jähriger Mädchen wurden ohne viel Bedenken um ihre Genitalien gebracht. Nachdem natürlich immer offenkundiger wurde, dass das von vielen Seiten mit Begeisterung empfohlene Exstirpieren der Adnexe keineswegs die erwarteten Heilerfolge ergab, wurden neue operative Verfahren in Vorschlag gebracht. Péan exstirpierte durch die Scheide nur den Uterus, die Adnexe liess er zurück.

Dagegen verwarf Gouilliond sowohl die Laparotomie wie die Totalexstirpation, und leerte den Eiter in der Scheide durch den rückwärtigen Laquear durch einen mit Hilfe von Troicart oder Metrotom ausgeführten Querschnitt aus. Nachdem weder die Entfernung der Adnexe allein, noch die des Uterus allein die erwarteten Heilerfolge ergaben, war nichts natürlicher, als das Auftauchen der Frage, ob nicht vielleicht in der gleichzeitigen, vollständigen Exstirpation des Uterus und der Adnexe der Schlüssel zum Erfolge liege. Diese sogenannte radikale Péan-Legondsche vaginale Operation gab zu grossen Operationswettstreiten und literarischen Polemiken Anlass.

Die im Jahre 1896 erschienenen hierher gehörenden Werke beschäftigen sich fast ohne Ausnahme mit der operativen Therapie der Adnexkrankheiten. Der grösste Teil der mit dem Messer arbeitenden, an Zahl rapid zunehmenden Gynäkologen ist über die Indikation der Operation nicht im Zweifel, sobald eine greifbare, oft auch nicht greifbare Erkrankung der Adnexe vorhanden ist, und mit kaum zu verstehendem Eifer beschäftigen sich die Gynäkologen in erster Reihe mit der Frage, welcher Operationsart, der abdominalen, oder der vaginalen, der Vorzug zu geben — und wo die Grenze zwischen den beiden Operationsarten zu ziehen sei. — Zu ebenderselben Zeit bildete diese Frage auf mehreren Versammlungen und Kongressen den Gegenstand lebhafter Erörterungen. Bei der Sitzung der Brit. med. Association in Edinburg fasste bei der Eröffnung der Diskussion Cullingworth die Streitpunkte folgendermassen zusammen:

1) Die Indikationen des operativen Eingriffes bei Entzündungen im Becken.

2) Die Wahl des Operationstermins.

3) Die Wahl der Operationsart.

4) Bis zu welchem Grade haben konservative Prinzipien bei der Operation Geltung?

Ueber diese Fragen konnten die Gynäkologen im Laufe der Debatte sich absolut nicht einigen. Geradeso erfolglos verlief die grosse, über diese Frage entstandene Debatte der Pariser Société de Chirurgie, aber Dudley äusserte schon am Ende dieser Debatte die Meinung, dass es wünschenswert sei, wenn eine konservative Strömung gegen den herrschenden, erfolglosen Radikalismus in der Behandlung der Adnexkrankheiten Platz greifen würde.

Eben Dudley war es auch, der im folgenden Jahre einen scharfen Artikel gegen die kritiklose Entfernung der Adnexe schrieb und kühn gegen jene amerikanischen Aerzte zu Felde zog, welche mit dieser Operation, weil einträglich, ein lukratives Geschäft betrieben. (Ovary business).

Langsam kann man wieder die ersten Aeusserungen einer konservativen Strömung hier und da bemerken. Auf dem internationalen Kongress zu Moskau, wo Dührsen und Martin über diese Frage referierten, lässt Dr. Zweifel in der entstandenen Debatte mehr konservative Prinzipien laut werden. Auch in Amerika fängt der Enthusiasmus für die radikale Richtung an, sich zu legen. Gegen den Radikalismus fangen an aufzutreten Franklin, Martin, Van Hook, Fergusson, und im Jahre 1897 nehmen bei der im Geburtshelferverein entstandenen Debatte fast alle Redner Stellung gegen die radikale Richtung. Der Vorsitzende Murray selbst sprach aus, dass die Wichtigkeit der demonstrierten Präparate nicht in deren Seltenheit, sondern vielmehr in ihrer Häufigkeit liege; er habe in ähnlichen Fällen nicht nur gesehen, dass bei konservativer Behandlung die Leidenden oft genesen seien, sondern er habe sogar häufig genug Schwangerschaft eintreten sehen. Wenn auch das radikale Verfahren zur Heilung führen möge, so zerstöre es selbst dann seiner Meinung nach das Familienglück.

Im Jahre 1899 nimmt die Zahl der hierher gehörigen Werke schon bedeutend ab. Werth äussert sich folgendermassen: Nachdem man allmählich zur Erkenntnis gekommen ist, dass das Entfernen der vereiterten Tuba kaum Genesung sichert, hat der Enthusiasmus für die Pyosalpinx-Operationen abgenommen. Er sagt weiter: Da mehrere Autoren zu der Ueberzeugung gelangt sind, dass die Exstirpation der entzündeten Adnexe nur in dem Falle zu dauernder Genesung führt, wenn die vorher erkrankte Gebärmutter mitentfernt wird, und dass so schwere Eingriffe nur auf besonders schwierige Fälle, die auf einfachere Behandlung nicht reagieren, zu beschränken sind, kann man darin einen Fortschritt der konservativen Richtung begrüssen.

Auf dem Münchener Kongresse im Jahre 1899 bekennt Fritsch offen, dass von allen modernen gynäkologischen Operationen die Adnex- und besonders die Pyosalpinx-Operationen diejenigen sind, die am wenigsten zufriedenstellende Erfolge ergeben. Und nachdem selbst gleichzeitige Exstirpation des Uterus keinen hinreichenden Erfolg biete, indem pelveoperitonitische Schmerzen, Urin- und Stuhlbeschwerden als unangenehme Folgeerscheinungen fortbestünden, warf er die Frage auf, ob es nicht richtiger sei, im Prinzip zur konservativen Therapie zurückzukehren.

Aber selbst Schauta, der noch vor einigen Jahren bei jeder fingerdicken Tuba deren Exstirpation für angezeigt gehalten hatte, kehrt zum konservativen Standpunkte zurück, da ihm nur die radikale Operation einen Erfolg zu versprechen schien, er aber diesen schwierigen Eingriff nur für schwere Fälle vorbehält, bei leichteren Erkrankungen indessen gar keine Operation mehr macht. Rosthorn, der ebenfalls den Standpunkt Schauta's einnimmt, spricht sich dahin aus, dass er sich zum operativen Vorgehen erst dann entschliesse, wenn die konservative Therapie ganz erfolglos geblieben sei. Mit dem Abnehmen der Zahl der Artikel, die sich mit Operationen beschäftigen, erscheinen in der Literatur allmählich solche Mitteilungen, die über konservative Therapie, in

Digitized by Google

altem Sinne genommen, zu handeln anfangen, und es fängt sich eine Gruppe von solchen Aerzten zu bilden an, die mit anderen als operativen Verfahren die Heilung der Adnexentzündung zu erreichen suchen, und teils immer neue Verfahren empfehlen, teils die alten, beinahe vergessenen, von neuem versuchen. Grammatikati empfiehlt bei chronischen Erkrankungen der Adnexe, intrauterine Injektionen mit Alumnoljod. Lebedew versuchte in 82 Fällen mit gutem Erfolge das Verfahren Grammatikatis. — Funke erzielt schöne Erfolge mit dem Freund'schen Belastungsverfahren mit Schrot. Kalabin teilt in seinem umfangreichen, den Gegenstand erschöpfenden Werke mit, welche Erfolge mittels des faradischen und galvanischen Stromes erreicht wurden, während Weidenbaum über die mit der alten Moor- und Schlammbehandlung erzielten Resultate referiert.

Stratz heilt durch Behandlung mit heissem Wasser. Er macht Irrigationen mit Wasser von 48—50°, zuweilen 80 Grad. Er gebraucht bei langsamem Einfliessenlassen eine grosse Quantität Wasser. Bei akuten und hauptsächlich bei fieberhaften Fällen ergebe das Verfahren vorzügliche Erfolge. Manswetow empfiehlt den Apparat von Heitzmann, einen Gummiballon, der in die Scheide eingeführt wird, und der zwei Gummiröhren hat, durch welche das Wasser täglich 1—2 Stunden ganz langsam fliesst. Die ableitende Röhre ist enger, als die zuleitende, so dass durch Beschleunigung des Zuflusses das Wasser einen Druck auf die Gewebe ausüben kann. Thomson benützt einen Schwitzapparat, mit welchem man 50—60 Grad erreichen kann. Polano aber konstruierte nach Art des Bierschen Heissluftkastens einen Apparat, mit welchem er bei einer Hitze von 130—150 Grad gute Heilerfolge erreichte. Kehrer benützt als Wärmequelle 4 elektrische Glühlampen, welche in einem Apparat über Bauch und Schenkeln angebracht werden und womit eine Hitze von 100 Grad erzeugt werden kann.

Die Heilwirkung all dieser Verfahren ist plausibel genug, seitdem wir den schädlichen Einfluss kennen, den hohe Wärmegrade auf die Entwickelung der Bakterien ausüben.

Diese konservative Verfahren stellen allerdings keine ideale Heilmethode dar, aber bei wievielen Krankheiten verfügen wir überhaupt über eine ideale Heilmethode. Zum Beweis dessen, dass sie dennoch jedenfalls eine höchst schätzbare Heilmethode bieten, möchte ich nur erwähnen, dass bei der Erkrankung der Adnexe eine Operation immer lebensgefährlich ist, während die Krankheit an und für sich selten das Leben gefährdet. Kurz zusammenfassend können wir konstatieren, dass die Gynäkologie bei der Behandlung der Gebärmutteradnexentzündungen auf den Standpunkt der alten unblutigen Verfahren zurückgekehrt ist. Dass in den seltenen Fällen, wo eine Operation unumgänglich nötig ist, in der Art der Operation die konservative oder radikale Richtung allgemein und endgiltig acceptiert worden wäre, ist heute noch nicht zu sagen, und es ist sehr wahrscheinlich, dass es noch lange dauern wird, bis auch in dieser Frage völlige Einigkeit herrschen wird. Denn wenn wir auch schöne Erfolge sehen, welche in der Schauta'schen Klinik durch das radikale Verfahren erreicht wurden, so dürfen wir doch nicht übersehn, dass bei Frauen, welche ihrer beiden Ovarien beraubt wurden, die unangenehmen, sogenannten Glaweck'schen Erscheinungen nach der Kastration auftreten.

Nachdem also in der ganzen Literatur der Frauenheilkunde die Ansicht vorherrschend ist, dass das operative Verfahren nur für Fälle, in denen es unumgänglich nötig erscheint, vorzubehalten ist, wird es natürlich in erster Reihe von der Richtigkeit und Wirksamkeit des alten unblutigen, konservativen Verfahrens abhängen, in wie vielen Fällen man von einer Operation absehen kann.

Stratz dürfte recht haben, wenn er sagt, dass fast alle Erkrankungen der Adnexe auf konservative, nicht blutige Art zu heilen sind. Darin hat er unbedingt Recht, dass die moderne hyperoperative Richtung Hekatomben von Frauengenitalien zum Opfer verlangt hat.

Es kann das Gewissen eines jeden Gynäkologen mit Beruhigung erfüllen, dass die konservative Richtung, nachdem sie ihre Feuerprobe bestanden hat, von wirklichem Werte ist; die Balneologen jedoch können voll Vertrauen sein, dass die Balneologie ihre alte Bedeutung wiedergewonnen hat, denn ich denke, es wird niemand bezweifeln, dass bei der Anwendung des konservativen Verfahrens der modernen Balneologie der Vorrang gebührt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. O. Haab (Zürich): Atlas und Grundriss der Lehre von den Augenoperationen. (Lehmann's medizin. Handatlanten Band XXXI.) München. Lehmann 1904. Mit 30 farbigen Tafeln und 154 schwarzen Abbildungen von Maler J. Fink.

Prof. Dr. W. Czermak (Prag): Die augenärztlichen Operationen. Heft 16—17, 18—19. (Schluss). Wien. K. Gerolds Sohn. 1904.

Haab's Atlas der Augenoperationen reiht sich würdig an die schon früher im selben Verlage erschienenen, allgemein verbreiteten und beliebten Atlanten desselben Verfassers («Ophthalmoskopie» und «äussere Augenkrankheiten»). Wie seine Vorgänger, so ist auch dieser Atlas für Studierende und Aerzte bestimmt und wird dem angehenden Augenarzt, wie auch jedem Arzt, der Gelegenheit hat Augenoperationen auszuführen, so besonders dem Landarzt, willkommen sein.

Im einleitenden allgemeinen Teil giebt Verf. einen vollständigen Grundriss der augenärztlichen Operationslehre, der Anaesthesie und Narkose, Antiseptik und Asepsis darin besondere Aufmerksamkeit schenkend. Im speziellen Teil werden die einzelnen Operationen am Augapfel (vor allen die Staroperation und die Iridektomie) sowie ausserhalb desselben (Schieloperation, Enukleation etc.) und an den Adnexen (Lidern, Tränenorganen etc.) eingehend und anschaulich besprochen, wobei neben den Methoden auch Indikationen, Verlauf etc. gebührend berücksichtigt werden. Die zahlreichen von Künstlerhand geschaffenen farbigen Tafeln, die einzelnen Akte der Operationen darstellend, sind durchweg instruktiv, z. T. sehr schön. Das augenärztliche Instrumentarium ist ziemlich vollständig in schwarzen (phototypischen) Abbildungen dargestellt.

Eine russische Ausgabe auch dieses sehr brauchbaren Atlases wäre im Interesse unserer Landärzte dringend zu wünschen.

Das umfangreiche gediegene Werk Czermak's hat in vorliegenden, zu Ende des vorigen Jahres erschienenen Lieferungen seinen von vielen Fachgenossen schon mit Ungeduld erwarteten Abschluss gefunden. Obwohl es in erster Linie für den Spezialisten bestimmt ist, seien doch jetzt, da es abgeschlossen vorliegt, auch weitere Aerztekreise darauf aufmerksam gemacht. Wer sich über irgendwelche Augenoperation, über ihre Indikationen, Methoden, Komplikationen, Prognose etc. unterrichten will, findet darin als in einem vorzüglichen Nachschlagewerk alles Wissenswerte. Dem Augenarzt wird es auf operativem Gebiete stets ein zuverlässiger Führer und Ratgeber sein. In den vorliegenden Schlusslieferungen finden die Staroperationen und die übrigen Operationen an der Linse (Myopieoperation etc.) ihren Abschluss und werden die Operationen am Glaskörper und der

Digitized by Google

Netzhaut, (Magnetoperationen, Extraktion von Cysticerken, Operation der Netzhautablösung) abgehandelt.

Czermak's «Augenärztliche Operationen» bedeuten eine wertvolle und dauernde Bereicherung des ophthalmolog. Bücherschatzes.

Blessig.

Enzyklopädie der praktischen Medizin, herausgegeben von Dr. M. T. Schnirer und Prof. Dr. H. Vierordt unter Mitwirkung zahlreicher Professoren und Dozenten. Wien 1905, Verlag von Alfred Hölder, Hof- und Universitätsbuchhändler. I. Lieferung, I. Hälfte, mit zahlreichen Illustrationen.

Herausgeber und Verleger haben sich in der neuen «Enzyklopädie der praktischen Medizin» die Aufgabe gestellt, dem praktischen Arzte einen die gesamte Heilkunde umfassenden, auf der Höhe moderner Wissenschaft stehenden, zuverlässigen Berater und Führer zu geben, bei welchem er über alle in der Ausübung der Berufstätigkeit auftauchenden Fragen eine präzise, auf wissenschaftlicher Forschung und praktischer Erfahrung beruhende Auskunft erhalten kann. Es soll in dem neuen Werke vorwiegend die spezielle Pathologie und Therapie in allen ihren Zweigen (interne Medizin, Chirurgie, Geburtshülfe und Gynäkologie, Neurologie und Psychiatrie, Pädiatrie, Augen-, Ohrenheilkunde, Dermato- und Venereologie, Laryngo-, Rhino- und Stomatologie etc.), sowie die allgemeine Therapie (mit besonderer Berücksichtigung der in neuerer Zeit zu hoher Blüte gelangten diätetischen und physikalischen Therapie) zur Darstellung gelangen. Aber auch die Hülfswissenschaften (Anatomie, Physiologie, Chemie, pathologische Anatomie, Bakteriologie etc.), sowie die Hygiene und Staatsarzneikunde sollen Berücksichtigung finden, soweit sie in der praktischen Medizin Anwendung erfahren.

Die uns vorliegende erste Hälfte der I. Lieferung, welche auf 80 Quartseiten die Artikel Aachen—Antiseptica behandelt, trägt überall den neuesten Errungenschaften und Erfahrungen Rechenschaft und entspricht vollkommen den Anforderungen an ein brauchbares Hülfsmittel für den Praktiker. So weit sich nach diesem Bruchstück urteilen lässt, ist man zu der Annahme berechtigt, dass es den beiden als Fachgelehrte bewährten Herausgebern im Verein mit den zahlreichen (71) hervorragenden Mitarbeitern gelingen wird, bei Vollendung dieses Werkes eine Lücke zwischen den kostspieligen vielbändigen Enzyklopädien und den kurzen nicht illustrierten Handwörterbüchern auszufüllen und dieser neuen Enzyklopädie einen Platz in jeder ärztlichen Bibliothek zu erobern.

Um das Werk jedem praktischen Arzte zugänglich zu machen, wird es einen Umfang von nur vier Bänden à 50 Druckbogen haben. Die Ausgabe erfolgt in 20 Lieferungen à 10 Druckbogen alle 4—6 Wochen, und zwar zum Preise von 4 M. 80 Pfg. pro Lieferung.

Die Ausstattung (mit zahlreichen Abbildungen) lässt nichts zu wünschen übrig; der Druck ist ein feiner, aber recht deutlicher.

Bernhoff.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 1. September 1904.

1) Dr. v. Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag «über Peritonitis tuberculosa».

Vortr. giebt einen kurzen Ueberblick über die Entwickelung der chir. Behandlung der tbc. Peritonitis, sowie über die Schwankungen, welche inbezug auf die Indikationsstellung für die Operation gegenwärtig bestehen. Den angeblich 85 pCt. betragenden Heilerfolgen stehen die Fälle gegenüber, bei denen bis zu 45 pCt. d. Operierten Kotfisteln davon trugen.

Vortr. kommt zu dem Schluss, dass bei der Periton. adhaesiva oder sicca auf keinen Fall operiert werden solle, resp. falls man bei der Laparotomie unerwartet einer solchen gegenüberstehe, die Bauchhöhle sofort zu schliessen sei. Indiziert sei die Operation bei der abgesackten, exsudativen Form; hier erhalte man auch die besten Resultate.

Vortr. teilt kurz folgende 2 Krankengeschichten mit:

1) A. v. R., 22-jähriger Dragonerleutnant, erkrankt am 8. August 1903 mit Fieber und Schwellung in der linken Leiste. Pat. hat 3 mal Pleuritis überstanden, 3 Geschwister sind an Tbc. gestorben. Der Vater starb an Diabetes. Die Mutter ist gesund.

14. Oktober 1903. Operation. Sehr schwierige Exstirpation der Leisten- und retroperitonealen Lymphdrüsen aus der linken Beckenschaufel. Die verdünnte Haut wird mit umschnitten, das ganze grosse Drüsenpacket vom Samenstrang aus den Iliacalgefässen, denen es durch Schwarten angelötet war, mühsam abpräpariert. Ein kleines Stück Peritoneum musste mit exstirpiert werden, weil der Tumor nicht von denselben abgelöst werden konnte. Das Peritoneum sah normal aus, es wurde vernäht. Die Wunde mit einem Gazetampon versorgte im übrigen durch die Naht geschlossen.

Nach der Operation beginnt bei reaktionslos heilender Wund, eine Fieberperiode, die sich bis Mitte Dezember hinzieht (Temperatur von 39° und drüber). 9. November. Schmerzen im Abdomen, nach ein paar Wochen tritt Spannungsgefühl im Leibe und darauf Auftreibung des Abdomen und Exsudatbildung auf. Nach einiger Zeit nehmen die Beschwerden und der Umfang des Leibes ab, so dass Pat. an den Strand zur Erholung geschickt wird. Anfangs fühlte sich Pat. am Strande sehr wohl, nach etwa 14 Tagen aber traten heftige, kolikartige Schmerzen auf; Erbrechen, Stuhlverhaltung.

28. Januar 1904. Wiederaufnahme ins Krankenhaus: Pat. blass, elend. Der Leib ist symmetrisch aufgetrieben, mässig druckempfindlich, Zwerchfellhochstand, Dämpfung unten-hinten, Undulation. Zunächst förderte eine Darmspülung noch reichlichen Stuhl zu Tage, allein da eine freie Darmpassage sich nicht herstellen lassen wollte, wurde am 30. Januar 1904 die Laparotomie in der Linea alba gemacht: Das Netz ist durch einige Adhäsionen an die vordere Bauchwand gelötet, hinter demselben liegt eine Pseudomembran vor, die wie eine Cystenwand aussieht; sie reisst ein, und es ergiessen sich ca. 2 Liter hellgelber, leicht getrübter Flüssigkeit. Die Wand dieser sackartigen Pseudomembran ist von verschiedener, dazwischen recht ansehnlicher Stärke. In diesem Sack liegen die injicierten, blaurot verfärbten, durch zahllose Pseudoligamente und Fächer mit einander verwachsenen Dünndarmschlingen. An einer Stelle hat sich aus Pseudomembranen ein förmlicher Ring gebildet, durch den eine Dünndarmschlinge hindurchgeschlüpft und stranguliert worden ist: Der zuführende Schenkel ist gebläht, cyanotisch, der abführende collabiert.

Nach Lösung der Strangulation wird der Sack, soweit es anging, exstirpiert, die Bauchhöhle mit heisser physiol. Kochsalzlösung gespült und durch 2-etagige Naht geschlossen.

Der Verlauf war ein glatter, vom 4. Tage gingen Flatus ab. Am 8. Tage wurden die Nähte entfernt. Pat. blieb noch behufs Beobachtung bis zum 17. März im Krankenhause, und stieg sein Gewicht in der Zeit von 68,5 bis 74 Kilo; Pat. hat sich weiterhin glänzend erholt, er sieht kräftig und gut genährt aus, die Uniform ist ihm zu eng geworden. Beschwerden hat er keine.

2. Fall. ca. 50-jähriger Fleischer, im Mai 1904 wegen ausgedehnter tuberk. Darmstrikturen laparotomiert. Enteroanastomose zwischen Dünndarm und flexura sigmoidea an 2 völlig intakten Darmabschnitten. Nach 2 Monaten relaparotomiert: ca. 2 Liter gelblichen, fadenziehenden Exsudats. Durch eine mächtige Anhäufung von Tuberkeln ist die Anastomose völlig verschlossen, daher abermalige Enteroanastomosis zwischen einer höhergelegenen Dünndarmschlinge und dem Rektalschenkel der Flexura sigmoidea.

Die Heilung erfolgte glatt, die Passage ist wieder hergestellt. Jedoch für wie lange?

(Autoreferat).

Dr. P. Klemm: Nachdem König im Jahre 1884 die Laparotomie als Heilmittel gegen die Bauchfelltuberkulose empfohlen, hätten sich anfangs die Berichte über günstige Erfolge dieser Operation gehäuft. Doch hätte schon seit 1890 die anfängliche Hoffnungsfreudigkeit einer pessimistischeren Auffassung, die dem exspektativen Verhalten den Vorzug gab, Platz gemacht. König, wie auch Borggrewing hätten den Unterschied zwischen den exsudativen und schwartigen Formen in bezug auf die Prognose zu wenig berücksichtigt. Redner stimmt mit den Ausführungen Dr. Bergmann's durchaus überein, und rät gleichfalls von der Operation schwartiger Formen ab, die nach seiner eigenen, mehrfach gemachten Erfahrung nur schlechte Resultate ergebe. Die

Digitized by Google

eingekapselten Käseheerde würden durch die Operation gelockert, es käme zu Fistelbildungen, ja sogar Verjauchungen. Auch die scheinbar geheilten Fälle der Art neigten zu Rezidiven, ähnlich wie die tuberkulöse Osteomyelitis. Zwischen den schwartigen und exsudativen Formen bestanden die verschiedensten Uebergänge, die je mehr exsudativer Natur, um so günstigere Chancen für die Operation böten.

Dr. Schabert hat in diesem Jahr 4 Fälle von Bauchfelltuberkulose beobachtet, eine Zahl die zugunsten der Häufigkeit dieser Erkrankung spricht. Von diesen heilte einer spontan. Ein zweiter, der ganz akut in 8 Tagen entstanden war, wurde operiert. Bei diesem hatten kolikartige Schmerzen nach dem Essen auf eine adhaesive Erkrankung hingewiesen, ähnlich wie dies nach Laparotomien gelegentlich beobachtet wird.

In einem 3. gleichfalls operierten Fall handelte es sich um eine Mischform von exsudativer und schwartiger Peritonitis. Der 4. Fall kam zur Sektion und bot das typische Bild ausgedehnter peritonealer Tuberkulose.

In Anbetracht der Möglichkeit, aus dem Vorherrschen der Lymphocyten in der Punktionsflüssigkeit den tuberkulösen Charakter der letzteren zu erkennen, tritt Redner für die diagnostische Bedeutung der Probepunktion, deren Gefahren von Dr. Bergmann überschätzt würden, ein. Verwachsungen kämen ja auch bei der Leberzirrhose vor, die doch allgemein punktiert zu werden pflege.

Dr. Krannhals äussert sich gleichfalls zugunsten der Probepunktion zwecks cytologischer Untersuchung, besonders bei abgesackten Exsudaten, die meist jeder anderen diagnostischen Handhabe entbehrten. Durch vorsichtige Auswahl der zu punktierenden Stelle könnte eine Gefahr so gut wie ausgeschlossen werden.

Dr. P. Klemm bestreitet die diagnostische Bedeutung der Punktion, da sie häufig negativ ausfalle und macht auf die Gefahren aufmerksam, die aus der irrtümlichen Punktion geblähter, mit flüssigem Inhalte gefüllter und dadurch ein Exsudat vortäuschender Darmschlingen, sowie tuberkulöser Herde, die dann oft den Stichkanal in einen tuberkulösen Fistelgang verwandelten, erwachsen könnten.

Dr. v. Bergmann ergänzt die Bedenken Dr. Klemms noch dahin, dass auch ein leerer, kollabierter Darm gedämpften Perkussionsschall ergeben und angestochen werden könnte, und betont ferner die Gefahren durch die mögliche Punktion von Ovarialcysten und Echinokokkusblasen.

Dr. Krannhals: Dann sollten also abgesackte Exsudate überhaupt nicht punktiert werden?

Dr. v. Bergmann und Dr. P. Klemm: «Nein, gewiss nicht!»

Dr. Schabert äussert sich auch nur für die Punktion freien Exsudates, das durch Lagewechsel des Pat. stets als solches nachweisbar sei. Was die Verwechselung mit einer geblähten Darmschlinge anbetrifft, so spräche das eventuell wahrnehmbare Plätschern, bedingt durch Anwesenheit von Gasen, immer zugunsten einer solchen und müsse als warnendes Moment berücksichtigt werden. In Anbetracht der grossen diagnostischen Schwierigkeiten auf diesem Gebiete müsse man von allen nur zu Gebote stehenden Hülfsmittel Gebrauch machen, mithin auch von der Probepunktion.

Dr. P. Klemm äussert sich nochmals gegen die Punktion abgesackter Exsudate. Auch freie Flüssigkeit solle am besten unangetastet bleiben, soweit es sich um Exsudate, nicht etwa Transsudate handle.

Dr. Hach macht auf die Widersprüche in der Literatur aufmerksam, wo einige Autoren sich für, andere wieder strikt gegen die Laparotomie aussprächen, und äussert sein Bedauern über das Fehlen genauerer statistischer Angaben. Redner selbst hat mehrfach Fälle mit freiem Exsudat operiert und stets eine Wiederkehr desselben beobachtet. Diese seine Erfahrungen ständen zu den äusserst günstigen Berichten anderer in grellem Widerspruch. Ein von ihm noch nicht erprobtes, neuerdings empfohlenes Mittel gegen die Neubildung von Exsudat sei das Formalin.

Dr. Kröger II fragt Dr. von Bergmann, ob die von ihm operierten Fälle mit freiem Exsudat nur solche gewesen, die einer anderweitigen Behandlung getrotzt hatten, oder ob sich seine Operationen auch auf frische Fälle der Art bezögen. Redner hat nur 2 Fälle von exsudativer Form selbst beobachtet. Beide sind ohne Operation geheilt. Den einen erlebte er 1894 als Assistent in der I. Abteilung des Stadtkrankenhauses. Derselbe betraf eine junge lettische Bäuerin, die nach einigen Punktionen genas. Der zweite Fall betrifft eine junge Dame aus seiner Privatpraxis, die vor 2 Jahren durch eine protrahierte Inunktionskur mit Sapo kalinus ihr umfangreiches Exsudat in einigen Wochen völlig verlor. Beide erfreuen sich noch heute blühender Gesundheit. Angesichts dieser günstigen Erfahrungen möchte Redner in einschlägigen Fällen doch zuerst immer zu einem exspektativen Heilverfahren raten, und die Operation nur auf Fälle beschränken, wo jenes keinen Erfolg gehabt.

Dr. v. Bergmann präzisiert seine Stellungnahme folgendermassen: Die Laparotomie und das exspektative Verfahren konkurrieren als annähernd gleichwertig bei freien Exsudaten. Bei abgesackten Exsudaten müsse operiert werden. Bei den schwartigen Formen sei die Operation kontraindiziert.

Auf die Frage Dr. Krögers, ob er unter seinen Fällen solche zu verzeichnen habe, bei denen das Exsudat durch einmalige Operation dauernd beseitigt worden, erwidert Redner, sich keines solchen zu erinnern.

Dr. Bernsdorff berichtet von einem Fall aus seiner Praxis, wo nach einer einmaligen Entleerung durch Punktion das Exsudat dauernd fortblieb.

Dr. P. Klemm hat dasselbe durch Entleerung per laparotomiam mehrfach erlebt, und erklärt das Ausbleiben neuer Exsudationen durch die mechanische Beseitigung der Flüssigkeit, wodurch zugleich günstigere Zirkulations-resp. Resorptionsbedingungen geschaffen würden.

2) Dr. O. Brehm (als Gast) spricht über «Die Naht von Gelenkfrakturen» und demonstriert einen einschlägigen Fall aus dem Krankenhause.

3) Dr. v. Sengbusch demonstriert einige neue Hilfsvorrichtungen für den Röntgenapparat.

d. z. Sekretär: J. Kröger jun.

Protokolle des II. Aerztetages

der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval.

(Fortsetzung.)

Anhang II. Ausführung der Impfung.

1) Vor der Impfung hat der Impfer seine Hände gründlich mit warmem Wasser und Seife zu säubern.

2) Der Impfer hat darauf zu sehen, dass die Kinder rein gewaschen und rein gekleidet zum Impftermin gebracht werden. Unreine Kinder müssen an Ort und Stelle gesäubert werden oder sind zurückzuweisen. Vor der Impfung ist der Arm an der Impfstelle mit 2% Karbollösung oder Benzin zu desinfizieren.

3) Zum Impfen werden Lanzetten benutzt, die vor jedesmaligem Gebrauch mit kochendem Wasser zu desinfizieren sind. Mit der Lanzette werden 3 seichte Schnitte auf dem einen Oberarm ausgeführt, die höchstens 1 cm. lang sein sollen und mindestens 2 cm. von einander entfernt liegen müssen; beim Einschneiden ist jede etwas stärkere Blutung zu vermeiden. Darnach wird mit einer desinfizierten Stecknadel die Lymphe aus dem Gläschen genommen und auf die Schnitte gebracht. Jede Stecknadel darf nur einmal benutzt und auch nur einmal in das Lymphgläschen gesteckt werden.

4) Nach Ausführung der Impfung ist der Arm des Impflings 5—10 Min. lang entblösst zu halten, bis die Lymphe eingetrocknet ist.

5) Die Lymphe ist kühl und vor Licht geschützt aufzubewahren. Dem Frost darf sie aber nicht ausgesetzt werden.

Anhang III. Verhaltungsvorschriften für die Impflinge.

1) Die Kinder sind gebadet und rein gekleidet zur Impfung zu bringen. Auch nach der Impfung ist möglichst grosse Reinhaltung des Impflings die wichtigste Pflicht. Während der Blüte der Pusteln (ungefähr 5 Tage lang) ist das Baden der Kinder durch Waschung zu ersetzen.

2) Die Impfstellen sind mit grosser Sorgfalt vor Beschmutzung und Zerkratzen zu bewahren. Sie dürfen nur mit reinen

Digitized by Google

Händen berührt werden; zum Waschen darf nur reine Leinwand verwendet werden.

3) Bei regelrechtem Verlauf der Impfpocken ist ein Verband überflüssig. Falls aber breite Rötung um die Pusteln auftritt oder wenn die Pocken sich öffnen, ist ein Leinlappen mit Vaselin aufzulegen, über den ein kleiner Verband kommt; Lappen und Verband sind täglich zu wechseln.

4) Die Angehörigen des Impflings haben vor der Impfung den Impfer auf bestehende Krankheiten des Kindes aufmerksam zu machen.

5) Aus einem Hause, in dem ansteckende Krankheiten (wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Keuchhusten, Rose oder die natürlichen Pocken) herrschen, dürfen die Impflinge nicht zum allgemeinen Impftermin gebracht werden.

6) Kann ein Kind zur Nachschau nicht erscheinen, weil es erheblich erkrankt oder im Hause eine ansteckende Krankheit ausgebrochen ist, so muss solches zum Termin dem Impfer mitgeteilt werden. Jedoch sind die Eltern gehalten, den Impfling dem Impfer vorzustellen, sobald der Behinderungsgrund fortgefallen ist.

Diskussion:

Dr. Kupffer-Kuda verliest folgende Auseinandersetzung über die für die Organisation der Schutzpockenimpfung wichtigen Bestimmungen des Gesetzes und über die Geschichte des Impfwesens in Estland.

M. H.! Gestatten Sie mir mit einigen Bemerkungen über die Impffrage die Diskussion einzuleiten:

In Russland ist der Medizinalrat beim Ministerium des Innern die höchste Behörde im Impfwesen. Ihm sind die seit 1811 existierenden Gouvernementsimpfkomitees unterstellt, deren Unterbehörden, die Kreisimpfkomitees, die Oberaufsicht über das Impfwesen der Kreise ausüben. Die Fürsorge für die Verbreitung der Schutzpockenimpfung liegt den Landschaften und Gemeinden ob. Diese haben alle erforderlichen Mittel herzugeben. Die Tätigkeit der Gouvernementsverwaltungen und der ihnen unterstellten Beamten ist ebenfalls gesetzlich geregelt. In den Ostseegouvernements gehört es in den Landgemeinden zu den gemeindepolizeilichen Pflichten des Gemeindeältesten, die Aufsicht über die in der Gemeinde vorzunehmende Impfung auszuüben und über das Resultat der Impfung Schnurbücher zu führen. Auch hat der Gemeindeälteste das Recht die Glieder seiner Gemeinde vor sich rufen zu lassen und alle, welche seinen gemeindepolizeilichen Befehlen nicht Folge leisten, ohne Gerichtsverfahren aus eigener Machtvollkommenheit mit 2 Tagen Gefängnis od. einem Rbl. zu bestrafen. Infolge dieser auch in der Landgemeindeordnung (§ 19, 22 und 24) Estlands enthaltenen Bestimmungen können die impfpflichtigen Kinder jeder Gemeinde zur Impfung citiert und die Eltern, wenn sie ihre Kinder nicht zur Impfung vorstellen, gestraft werden. Schwierigkeiten entstehen blos bei den in die Gemeinde eingewanderten und den auf Hofsland wohnhaften Kindern. Jedoch sind diese Schwierigkeiten nicht unüberwindliche.

Ganz anders verhält es sich mit den Städten.

Da die oben angeführten Bestimmungen sich nur auf die Landgemeinden und nicht auch auf die Stadtgemeinden beziehen, so ist es in den Städten schon aus diesem Grunde unausführbar, alle Impfpflichtigen der Impfung zuzuführen, abgesehen davon, dass bei der vagierenden Bevölkerung der Städte es schwer möglich ist wirklich vollständige Listen aller zu impfenden Kinder zusammenzustellen.

Obgleich es, wie wir sehen, wohl möglich ist auf dem Lande in Estland eine geregelte Schutzpockenimpfung durchzuführen, so ist man de facto doch in den Landgemeinden recht weit davon entfernt. Den Gemeinden fehlt es hauptsächlich an ärztlichem Rat und direkter Oberaufsicht, aber auch meist an der nötigen Strenge gegen die renitenten Glieder der Gemeinde. Auf die besondern Mängel des hiesigen Impfwesens näher einzugehen, würde zu weit führen. Zudem werden Sie aus dem Reglement ersehen, gegen welche Verfehlungen dasselbe sich im besonderen wendet. Ich möchte dagegen Ihnen ganz kurz einige Mitteilungen über die Geschichte des Impfwesens in Estland machen:

Die Ausführung der Schutzpockenimpfung hat hier schon im Anfang des vorigen Jahrhunderts begonnen. Entsprechend der am 3. Mai 1811 Allerhöchst bestätigten Verordnung, betreffend die allgemeine Einführung der Schutzpockenimpfung im ganzen Reiche, wurden auch in Estland noch im Jahre 1811 Impfkomitees gegründet. Diese entwickelten jedoch erst 1821 eine energischere Tätigkeit, seitdem nämlich das Gouvernementsimpfkomitee, beauftragt vom damaligen Generalgouverneur, ein Reglement ausgearbeitet hatte, welches die nachfolgenden Bestimmungen enthielt:

1) Jedes der Kreisimpfkomitees hat sofort die nötige Anzahl Impfer zu ernennen, welche von den Kreisärzten im Impfen unterwiesen werden sollen und welche für jedes mit Erfolg geimpfte Kind 25 Kop. zu erhalten haben.

2) Diese zu entrichtenden Summen sind vorschussweise aus den Gemeindegeldern zu nehmen und später von den Eltern der geimpften Kinder einzukassieren.

3) Den Aerzten, welche kontraktlich zum Impfen von Gutsangehörigen verpflichtet sind, soll anheimgestellt werden, auch fernerhin unter Oberaufsicht des Kreisimpfkomitees ihres Amtes zu walten.

4) Den Gemeinde- und Kirchenältesten ist zur Pflicht zu machen, alle ungeimpften Kinder zu einer mit der Gutspolizei vereinbarten Zeit an einem bestimmten Orte zur Impfung vorzustellen und später dieselben zwecks Feststellung des Resultates der Impfung nochmals zu versammeln, wobei die im Jahre 1820 geborenen Kinder nicht später als bis zum 31. Dez. 1821 zu impfen sind.

5) Die Eltern, welche ihre Kinder zur Impfung oder zur Nachschau nicht vorstellig machen, verfallen einer Strafe von 50 Kop. zugunsten der Gemeindekasse.

6) Die Gemeinde- und Kirchenältesten unterliegen einer durch das Gemeindegericht zu bestimmenden Geldstrafe im Falle einer ihnen nachgewiesenen Vernachlässigung ihrer Pflichten betreffend das Impfwesen.

7) Bei erstmaliger nach diesen Regeln vorzunehmender Impfung ist es nötig ausnahmslos alle Kinder bis zum 14. Lebensjahre zu der vom Impfarzt für die Besichtigung derselben anberaumten Zeit vorzustellen.

8) Alle ungeimpften Kinder sind sofort zu impfen, falls sie nicht deutliche Pockennarben haben.

9) Der Impfarzt hat ein Verzeichnis anzufertigen von allen geimpften Kindern sowie von den geblatterten, welches Verzeichnis er der Gutspolizei zur Aufbewahrung übergeben soll.

10) Jede Gutsverwaltung muss 2 Schnurbücher haben, in die die Namen der geimpften Kinder einzutragen sind.

11) Eines dieser Bücher wird von der Gutsverwaltung verwahrt. Das andere wird nach Ablauf jedes Halbjahres dem Gemeindegericht vorgestellt, welches ein Verzeichnis aller geimpften Kinder der Gemeinde zusammenstellt und dieses dem Kreisimpfkomitee zusendet. Letzteres fertigt seinerseits nach einem bestimmten Formular Halbjahrsberichte für den ganzen Kreis an.

Diese Bestimmungen, von denen einige auch in die 1866 Allerhöchst bestätigte Landgemeindeordnung übergegangen sind, bilden neben dem Gesetz vom 3. Mai des Jahres 1811 die Basis des Impfwesens in Estland.

Dazu kommen noch einige andere Verordnungen: So forderte 1857 das Gouvernementsimpfkomitee die Geistlichkeit auf, von ihren Eingepfarrten, welche zum Abendmahl gehen, eine Bescheinigung über stattgehabte Impfung zu verlangen. Auch sollte die Geistlichkeit nach demselben Erlasse die Eltern von Personen im Alter von 14—20 Jahren, welche noch nicht revacciniert worden, dazu anhalten bald möglichst ihre Kinder zum zweiten Male impfen zu lassen.

1861 trug der Gouverneur den Kirchspielsrichtern auf, eine Verfügung zu treffen darüber, dass nach der Konfirmation Revaccinationen auszuführen sind, wofür die Impfer dieselbe Zahlung zu erhalten haben, wie für die Vaccination.

1872 bestimmte das Gouvernementsimpfkomitee, dass in Estland 96 Impfer vorhanden sein sollen, d. h. 2 pro Kirchspiel. Zugleich lenkte es die Aufmerksamkeit der Kreisimpfkomitees auf das Bestehen einer Impfpflicht in Estland und auf die Notwendigkeit stets frische Lymphe vorrätig zu haben. Auch beauftragte es die Kreisimpfkomitees durch die Kirchspielsrichter und Gemeindeältesten darüber zu wachen, dass das Impfen von Kindern das ganze Jahr hindurch geübt und dass halbjährlich allen Neugeborenen entsprechend den von der örtlichen Geistlichkeit erhaltenen Angaben Impfzeugnisse ausgefertigt werden.

Aus letzter Zeit ist dann noch eines Cirkulärs der Polizei und der Schulinspektoren Erwähnung zu tun, in dem die Gemeindeverwaltungen und Schullehrer daran erinnert werden, dass zum Schulbesuche nur geimpfte Kinder zuzulassen sind.

Dr. v. Wistinghausen: Was soll nach Ansicht von Herrn Dr. v. Nottbeck nun mit dem ausgearbeiteten Reglement geschehen?

Digitized by Google

Dr. v. Nottbeck: Das Reglement wäre dem Archiv der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft einzuverleiben, nebenbei aber vom Vorstande gehörigen Ortes zur Kenntnisnahme einzureichen, wenn die geplante Sanitätsreform zur Durchführung gelangt.

10. Dr. Thomson-Helenenhof hält seinen angekündigten Vortrag zur Hebung der Volkshygiene und schlägt vor, zur Verbreitung hygienischer Anschauungen unter dem Volk gratis Flugblätter medizinischen Inhalts zu verbreiten, wobei Redaktion und Verlag dieser Schriften die Estländische Aerztegesellschaft übernehmen soll, da es in ihrem Interesse läge, dass das Volk nur wirklich wertvolle populär-medizinische Schriften lese.

Diskussion:

Dr. v. Wistinghausen: Die von Dr. Thomson empfohlene Verbreitung populär medizinischer Volksschriften ist gewiss anzustreben. Jedoch kann die Aerztegesellschaft nicht die Verbreitung derselben übernehmen. Sie kann aber sehr wohl solche Schriften verfassen und prüfen, sowie gehörigen Orts deren Verbreitung empfehlen.

Nachdem von Dr. Meder darauf hingewiesen worden, dass in Westeuropa solche sog. «Merkblätter» sich bewährt haben, wird von mehreren Seiten betont, dass die Gesellschaft den Druck und die Verteilung solcher Schriften nicht übernehmen könne. Dr. Kusmanow teilt mit, dass er aufgefordert worden sei für den Kalender der Mässigkeitsgesellschaft Aufsätze populär medizinischen Inhalts zu schreiben und dass somit leicht Wege für die Publikation gefunden werden könnten. Dr. Kupffer erinnert an den Nutzen, den solche Schriften im Kampfe gegen die Lepra in Livland gebracht haben und bestätigt auch die Brauchbarkeit derartiger Merkblätter zur Bekämpfung von akut. Infektionskrankheiten, namentlich wenn, wie in Livland, das manchenorts Mode war, die Polizei solche von Aerzten ausgearbeitete Schriften zur Zeit von Epidemien unter dem Landvolk gratis verteilen liesse.

Die Versammlung wählt sodann eine Kommission, bestehend aus den Herren Dr. Thomson-Helenenhof, Dr. Meder-Reval und Dr. Keck-Turgel, welche sich mit der Ausarbeitung und Beprüfung von Volksschriften hygienischen Inhalts befassen und dem nächsten Aerztetage zur Publikation geeignete Arbeiten vorlegen soll.

(Fortsetzung folgt)

XVII. Aerztetag
der
Gesellschaft livländischer Aerzte in Arensburg
vom 10.—12. August 1905.

Die Dampferverbindung wird vom 9.—14. August zwischen Riga und Arensburg folgende sein:

Abfahrt von Riga nach Arensburg:

Dampfer «Konstantin», Kapitän Pichel, d. 9. Aug. 11 Uhr vorm.
» » » Sillin, d. 10. Aug. 3 Uhr nachm.

Abfahrt von Arensburg nach Riga:

Dampfer «Imperator Nikolai II», Kapitän Wolter, 11. August 6 Uhr nachm.
Dampfer «Konstantin», Kapitän Pichel, d. 13. Aug. 6 Uhr nachm.
» «Imperator Nikolai II», Kapitän Wolter, 14. August 6 Uhr nachm.

Programm:

Mittwoch, den 10. August, 10 Uhr morgens Eröffnung des Aerztetages durch den Kreisarzt Dr. G. Carstens.

I. Sitzung 10½—1 Uhr vormittags.

1) Rechenschaftsbericht des Vorstandes.
2) Bestimmung der Zeit und des Ortes für den nächsten Aerztetag.
3) Wahlen des Präses, Vizepräses, Sekretärs und Kassaführers laut § 8 der Statuten.
4) Prof. Dr. K. Dehio: Bericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra.
5) Dr. A. Behr: Die livländische Heil- und Pflegeanstalt Stackeln (mit Demonstrationen).
6) Dr. O. Luiga: Irrenpflege auf Oesel.
7) Verlesung des Protokolls der Sitzung.

Um 3 Uhr nachmittags.

1) Jahresversammlung der Unterstützungskasse der Aerzte der livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe.
2) Jahresversammlung der livl. Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe.

Donnerstag, d. 11. August.

II. Sitzung 10—1 Uhr vormittags.

1) Dr. O. Koppe: Die Indikation der Schlammbäder.
2) Dr. A. Baron Sass: Erfahrungen über die Wirkung der Schlammbäder.
3) Dr. H. Arronet: Schlammbäder und Radioaktivität.
4) Prof. Dr. K. Dehio: Ueber die Bestimmung des Gefrierpunktes von Flüssigkeiten (Kryoskopie).
5) Dr. H. Truhart: Ueber die Hernia diaphragmatica.
6) Verlesung des Protokolls der Sitzung.

Um 3 Uhr nachmittags.

Besichtigung der Arensburger Badeanstalten und Badeeinrichtungen.

Freitag, d. 12. August.

III. Sitzung 10—1 Uhr vormittags.

1) Dr. A. Behr: Ueber den gegenwärtigen Stand der Schädellehre (mit Demonstrationen).
2) Prof. Dr. K. Dehio: Ueber familiäre spastische Spinalparalyse.
3) Dr. B. Raue: Prinzipien der Diabetesbehandlung.
4) Dr. C. Ströhmberg: Die Bedeutung des Holzspiritus als giftige Substanz bei uns zulande.
5) Verlesung des Protokolls der Sitzung.

Schluss des XVII. Aerztetages.

Digitized by Google

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Unser berühmter Landsmann, Prof. Dr. E. v. Bergmann in Berlin, ist vom Royal College in Edinburg zum Ehrendoktor ernannt worden.

— Am 2./15. August beging der im Ruhestande in Berlin lebende frühere Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Strassburg, Dr. Wilh. Freund, in körperlicher und geistiger Frische sein 50-jähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar vollendet in der nächsten Woche sein 72. Lebensjahr.

— Ein Denkmal für den berühmten Chirurgen Friedrich v. Esmarch, bestehend in einem überlebensgrossen Bronzestandbild auf rotem Granitsockel, wurde am 5. August n. St. in seiner Vaterstadt Tönning (in Schleswig-Holstein) feierlich enthüllt. Der greise Gelehrte war selbst bei der Ehrung, die ihm seine Vaterstadt bereitet hat, zugegen. Die Stadt Tönning hat übrigens bereits i. J. 1902 das Geburtshaus ihres grossen Sohnes mit einer Gedenktafel geschmückt, auf der in Goldschrift die Worte stehen: «In diesem Hause wurde der ruhmgekrönte Gelehrte und Chirurg, Se. Exzellenz Wirklicher Geheimer Rat Dr. Johannes Friedrich August von Esmarch, Professor u. s. w., am 9. Januar 1823 geboren». Dass Gelehrte und Aerzte schon zu Lebzeiten durch Denkmäler geehrt wurden, kommt nicht häufig vor. Esmarch ist es vergönnt, sein Denkmal zu sehen und damit den Dank seiner Fachkollegen und Mitmenschen entgegenzunehmen für die Verdienste, die er sich hauptsächlich auf dem Gebiete der Kriegschirurgie und durch die Einführung des Samariterwesens in Deutschland erworben hat. Durch geniale Vereinfachung der Verbände, durch schlichte Belehrungen und instruktive Abbildungen erzog Esmarch unzählige Männer und Frauen zur ersten Hülfe bei Unfällen und ist so der geistige Führer aller humanitären Vereine, welche erste Hülfe pflegen, aller Rettungsgesellschaften gewesen.

— Der Direktor und Oberarzt der Irrenanstalt «Aller Leidtragenden», Dr. Alexander Tscheremschanski, und der Direktor und Obermedikus des hiesigen St. Olgahospitals, Dr. Karl Weidemann, sind für Auszeichnung zu Geheimräten befördert worden.

— Der bekannte Gynäkologe Prof. Dr. Bumm, der seit dem Wintersemester als Nachfolger Prof. Gusserows Direktor der gynäkologischen Charité-Klinik in Berlin ist, hat bei München durch einen Unfall mit seinem Automobil so schwere Verletzungen erlitten, dass er in das benachbarte Krankenhaus gebracht werden musste. Erfreulicherweise sollen die Verletzungen nicht lebensgefährliche sein.

— Verstorben: 1) Am 26. Juli im klinischen Militärhospital hierselbst der Konsultant des Wilnaschen Militärhospitals Dr. Edgar Grubert im Alter von 46 Jahren. Der Hingeschiedene war auf der Insel Oesel geboren und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1877—1883 studierte. Nach Erlangung der Doktorwürde war er Assistent an der ophthalmologischen Klinik in Dorpat, siedelte dann 1884 nach St. Petersburg über, wo er als Assistenzarzt anfangs am Obuchowhospital, dann am Marienhospital und von 1886 an am Oldenburger Kinderhospital fungierte. Im Jahre 1889 ging er zum Militär-Medizinalressort über und wurde als Ordinator am Wilnaschen Militärhospital angestellt, an welchem er vor ca. 5 Jahren zum Konsultanten für Chirurgie ernannt wurde. Der Verstorbene galt als tüchtiger Chirurg und Kinderarzt. 2) In Irkutsk der ältere Ordinator des örtlichen Militärhospitals Dr. Isaak Ignatjew im 40. Lebensjahre. Nach Absolvierung des Kursus i. J. 1891 war I. viele Jahre jüngerer Arzt beim Gardegrenadierregiment in St. Petersburg. 3) Der Divisionsarzt der 79. Inf.-Division Dr. Anton Schatztaier im 60. Lebensjahre nach 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) Am 13. Juli der Direktor eines Asyls zum Andenken an die Krönung in Moskau Dr. Claudius Protopopow im 61. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte P. i. J. 1868 erlangt. 5) In der Seeschlacht bei Tsushima der Arzt der 13. Flottenequipage Dr. Konstantin Kaljewitsch im Alter von 30 Jahren. Die ärztliche Praxis hatte der Verstorbene seit 1901 ausgeübt, und zwar anfangs als Landschaftsarzt in Krementschug.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Der Ehrenleibchirurg Prof. Dr. Werner Zoege von Manteuffel ist zu Anfang dieser Woche nach sechszehnmonatiger Abwesenheit aus dem Fernen Osten in St. Petersburg eingetroffen. Wie verlautet, wird er seine Lehrtätigkeit in Dorpat fürs erste nicht wieder aufnehmen, sondern einen viermonatigen Urlaub benutzen, um sich von den Strapazen und der angestrengten Arbeit auf dem Kriegsschauplatze in seiner Heimat am estländischen Strande zu erholen, wohin er auch bereits am 2. August abends von hier abgereist ist.

— Der rigasche Arzt Dr. Heinrich Pander, welcher die Einberufungsorder erhalten hatte, ist, wie die «Düna-Ztg.» aus zuverlässiger Quelle erfährt, vom Militärdienst befreit worden.

— Von den Aerzten der Sanitätskolonnen des Roten Kreuzes wurde folgende Erklärung an die Exekutivkommission der Gesellschaft des Roten Kreuzes gesandt: «Die Exekutivkommission hat mittelst Beschlusses vom 23. September 1904 den Modus der Auszahlung der Gehälter und Diäten an jene Personen bestimmt, die aus irgend einem Grunde den Dienst bei den Institutionen des Roten Kreuzes aufzugeben gezwungen sind. Dieser Beschluss hat das Personal der Sanitätskolonnen unerwartet in eine exzeptionelle Lage versetzt, die weder mit den allgemein geltenden Bedingungen des staatlichen und öffentlichen Dienstes vereinbar ist, noch mit den Forderungen der Gerechtigkeit. Bei der Annahme des Dienstes für den fernen Osten auf eine Entfernung von 10.000 Werst vom Zentrum des europäischen Russlands und bei einer Reise von mehr als einem Monate hatte jeder von uns ein Recht, darauf zu zählen, dass 1. die Gesellschaft vom Roten Kreuze von der Ansicht ausgeht, dass die Dienstdauer von dem Zeitpunkte der Rückkehr zum ursprünglichen Aufenthaltsorte zu bestimmen ist, nicht aber vom Tage des Austrittes aus dem Dienste und der Abreise aus dem fernen Osten; 2. dass der Unterhalt der Familien der abkommandierten Personen durch die ganze Dauer ihrer Abwesenheit gesichert sein wird. Im Prinzipe von dieser Ansicht ausgehend, glaubt das Personal der Sanitätskolonnen, dass das Vorerwähnte auch betreffs der Personen am Platze sei, die ihre Gesundheit eingebüsst oder den Dienst aus anderen triftigen Gründen verlassen haben. Der Beschluss vom 23. September aber, der neun Monate nach Beginn des Krieges gefasst wurde, prägt den Beziehungen zwischen der Gesellschaft vom Roten Kreuze und dem im fernen Osten befindlichen Personale einen neuen Charakter auf, was natürlich nicht ohne Einfluss auf die Annahme des Dienstes geblieben wäre, wenn man dies rechtzeitig gewusst hätte». — Die Exekutivkommission hat nun in Anerkennung dessen, dass die genannte Petition Berücksichtigung verdiene, beschlossen, einem jeden vom medizinischen Personal des Roten Kreuzes, der wegen Krankheit, Ueberarbeitung oder Ablaufs der Dienstzeit von der Abkommandierung zurückkehrt, ausser den Diäten für die Rückreise, das Gehalt bis zum Tage der Ankunft am Orte der Ausreise auszuzahlen.

— Vom Livländischen Feldlazarett. Da nach 16-monatlicher Wirksamkeit die Mittel für Erhaltung des Livländischen Feldlazaretts erschöpft sind, hat am 25. Juli die Generalversammlung der Rigaer Abteilung der Gesellschaft des «Roten Kreuzes» beschlossen, das Livländische Feldlazarett eingehen zu lassen, sein Inventar aber dem Kurländischen Lokalkomitee des «Roten Kreuzes» zu übergeben, da dieses noch über genügende Mittel verfügt und sein Lazarett nach der Station Echo überführt, wo bisher sich das Livländische Lazarett befand. Den Angestellten des letzteren wird, dem «Rishski Westn.» zufolge, vorgeschlagen werden auf dem Kriegsschauplatz zu verbleiben und in den Dienst des Kurländischen Feldlazaretts überzugehen. Von diesem Beschluss wird der Hauptverwaltung des «Roten Kreuzes» in St. Petersburg behufs endgültiger Entscheidung Mitteilung gemacht werden.

Standesangelegenheiten.

— Sämtliche Landschaftsärzte des Putiwlschen Kreises (Gouv. Kursk) haben dem Landschaftsamt die Erklärung zugehen lassen, dass sie am 1. August den Dienst quittieren werden, falls die Landschaft von ihnen verlangen sollte, dass sie an den nach den Regeln vom 11. August 1903 zusammengesetzten Sanitätskommissionen teilnehmen sollen.

— Der taurische Gouverneur in Simferopol hat die Sanitätsärzte, welche in den nach der Verordnung vom 11. August 1903 gebildeten Kommissionen zu arbeiten sich weigerten, benachrichtigen lassen, dass die Widerspenstigen zur Verantwortung gezogen werden.

— Der Isprawnik (Polizeichef) des Kreises Poschechonje (Gouv. Jarosslaw) hat, den «Birsh. Wed.» zufolge, dem Sanitätsarzt der Gouvernements-Landschaft das Halten von Vorträgen über die Cholera verboten.

— Dass das Gesundbeten neuerdings in Deutschland zu den steuerpflichtigen Gewerben gezählt

Digitized by Google

wird, geht aus folgendem hervor: Der Bezirksausschuss in Hannover verwarf die Beschwerde der Gesundbeterin Frau Günther-Petersen gegen die Heranziehung ihres «Betriebes» zur Gewerbesteuer. Frau Günther-Petersen hat die erste sogenannte «Kirche» der Scientisten in Deutschland begründet und zählt in Hannover Leute aus den vornehmsten Kreisen zu ihren Kunden. Die Klägerin protestierte dagegen, dass man ihre Tätigkeit als Gewerbe auffasse, das Gesundbeten sei vielmehr eine Wissenschaft auf religiöser Grundlage, und daher steuerfrei. Der Vertreter der Klägerin schilderte deren Heilmethode folgendermassen: Die Patienten werden zunächst belehrt, und erst, wenn sie die neue Weltanschauung gewonnen hätten, beginne die auf dieser Weltanschauung beruhende Heilung, die fälschlich als Gesundbeterei bezeichnet werde, aber eher ein Gesunddenken sei (!). Der Bezirksausschuss wies jedoch die Klägerin kostenpflichtig ab; er war wie der Magistrat der Ansicht, dass die Klägerin die Heilkunde gegen Entgelt betreibe. Auf welcher Grundlage dies geschehe, sei gleichgültig.

Von Universitäten, med. Instituten und Kongressen.

— Der ordentliche Professor der Anatomie am weiblichen medizinischen Institut, Dr. W. Tonkow, ist zum ordentlichen Professor auf dem entsprechenden Lehrstuhl der Universität Kasan ernannt worden.

— Zum Nachfolger des verst. Prof. Wernicke auf dem Lehrstuhl der Psychiatrie in Halle ist der Grazer Psychiater, Prof. Dr. Gabriel Anton, berufen worden und wird dem Rufe Folge leisten.

— In der militär-medizinischen Akademie sollen die Vorlesungen und praktischen Arbeiten am 1. September wieder beginnen, und zwar sollen sie eine Fortsetzung der im Frühjahr unterbrochenen Kollegia bilden. Eine Neuaufnahme der Studierenden wird nur in den I. Kursus stattfinden, in den übrigen Kursen sind keine Vakanzen vorhanden. Die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades werden für diejenigen Studenten, welche sich im Frühjahr nicht dem Examen vor der Prüfungskommission unterzogen, am 1. Oktober beginnen.

— Der II. Kongress der russischen Psychiater wird vom 4.—11. September 1905 in Kiew tagen. Den Gegenstand der Verhandlungen bilden die Anatomie, Physiologie und Hygiene des Nervensystems, Pathologie und Therapie der Nerven- und Geisteskrankheiten, Geographie und Statistik dieser Krankheiten, gerichtliche Psychiatrie und verschiedene die Psychiatrie betreffende Fragen. — Der Mitgliedsbeitrag ist auf 8 Rbl. festgesetzt; dafür erhalten die Mitglieder auch alle gedruckten Arbeiten des Kongresses unentgeltlich. Das geschäftsführende Komitee besteht aus dem Präsidenten (Prof. J. A. Ssikorski), 2 Vizepräsidenten (Prof. Obolonski und Prof. Lapinski), 5 Mitgliedern (den Privatdozenten Kortschak-Tschepurkowski, Netschai und Selecki, sowie den DDr. Maximow und Podresan) und 3 Sekretären (Dr. Dobrogajew, Dr. A. G. Ssikorski und Dr. Fleischmann).

Verschiedene Mitteilungen.

— Die in städtischem Dienst stehenden Hebammen haben sich an die St.-Petersburger Stadtverwaltung mit einer Petition gewandt, in welcher sie um Aufbesserung ihrer Verhältnisse bitten, und zwar: 1) um einen Monatsurlaub mit Beibehaltung des Gehalts; 2) um Anstellung von Reservehebammen zur Aushülfe bei Ueberfüllung der Gebärasyle; 3) um Herabsetzung der Dienstfrist für Pensionsberechtigung auf 25 Jahre; 4) um eine Erhöhung der Gehälter mit 10 Rbl. monatlich; 5) um Anstellung einer besonderen Bedienung für die Hebammen und 6) um Vermehrung des Personalbestandes der Hebammen. Das Stadtamt hat fast alle Forderungen genehmigt, mit Ausnahme der Pensionsberechtigung und jener allgemeinen Fragen, die demnächst bei der Beratung des allgemeinen Projekts betreffend die Verbesserung der Arbeitsverhältnisse der städtischen Angestellten zur Entscheidung gelangen werden.

— Das Moskauer Stadtamt hat die vielen Klagen über die geringe Bettenzahl in den Gebärasylen endlich berücksichtigt und beschlossen, in nächster Zeit an die Erweiterung der städtischen Gebärasyle zu schreiten. In den bestehenden Asylen soll die Zahl der Betten bis zum Herbst um 200 vergrössert werden.

— Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit. Im Verlage von Wilhelm Braumüller, Hof- und Universitätsbuchhändler, Wien und Leipzig, beginnt nach einem uns soeben zugegangenen Prospekt in Kürze ein hochbedeutsames, zeitgemässes Werk zu erscheinen, auf welches wir unsere Leser besonders aufmerksam machen. Es ist dies ein auf 10 Bände berechnetes Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit, welches unter Mitwirkung einer grossen Anzahl hervorragender Fachmänner von dem Professor der gerichtlichen Medizin Dr. Paul Dittrich in Prag herausgegeben wird und folgende Spezialgebiete umfassen soll: Gerichtliche Medizin — Forensische Psychiatrie — Sachverständigen-Tätigkeit auf dem Gebiete der Veterinärkunde — Sanitätsgesetzeskunde — Aerztliche Sachverständigen-Tätigkeit auf dem Gebiete der Hygiene — Das gesamte medizinische Versicherungswesen. Eine Reihe der bedeutendsten Kliniker Oesterreichs und Deutschlands hat es übernommen, insoweit sich die ärztliche Sachverständigen-Tätigkeit auf klinischer Grundlage aufbaut, die für diese Tätigkeit in Betracht kommenden Gebiete aus ihren Spezielfächern in einer dem Zwecke des Werkes angepassten Form zu behandeln, wie denn überhaupt bei der ganzen Anlage desselben besonders den praktischen Bedürfnissen des Arztes bei seiner Tätigkeit als Sachverständiger Rechnung getragen werden soll. — Dass einer der wichtigsten Abschnitte «Die kriminalistische Tätigkeit und Stellung des Arztes» von einem so gewiegten Kriminalisten und Strafrechtslehrer, wie Professor Dr. Hans Gross in Prag, bearbeitet wird, ist von hohem Werte und wird gewiss dazu beitragen, dem Handbuch eine Bedeutug zu geben, die es von anderen Werken dieser Art wesentlich und vorteilhaft unterscheidet. Nach Erforderniss werden instruktive Abbildungen in künstlerischer Ausführung in den Text oder auf besonderen Tafeln beigegeben.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. Juli d. J. 9262 (88 wen. als in d. Vorw.), darunter 816 Typhus — (38 mehr). 835 Syphilis — (15 mehr), 197 Scharlach — (18 wen.), 111 Diphtherie — (3 wen.), 78 Masern — (11 wen.) und 17 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis zum 23. Juli 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
435	367	802	185	108	190	22	9	34	58	40	44	38	35	29	7	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 43 Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 34. Scharlach 18, Diphtherie 9, Croup 0, Keuchhusten 13. Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 1, Grippe 8. Katarrhalische Lungenentzündung 58, Ruhr 7, Epidemische Meningitis 0. Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 2, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 13. Tuberkulose der Lungen 62. Tuberkulose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50. Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungskanals 241. Totgeborene 38.

Digitized by Google

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Protylin „Roche"

unbegrenzt haltbares, vollkommen ungiftiges Phosphoreiweiss mit 2,6% Phosphor.

Vorteile: Protylin übertrifft alle übrigen organischen und anorganischen Phosphorverbindungen durch seine ausgezeichnete Wirkung, seinen Gehalt an leicht resorbierbarem Phosphor und seine völlige Unschädlichkeit für den Darmtrakt.

Indikationen: Rachitis, Skrophulose, Caries, Neurosen, Hysterie, Anaemie, Cachexie und Basedow'sche Krankheit.

Verordnung: Als Pulver in Dosen von 1—2 Kaffeelöffel täglich oder als Tabletten à 0,25 in Dosen von 3 Mal täglich 5 Tabletten.

Protylinum ferratum (Eisengehalt 2,3%), besonders angezeigt bei **Chlorosen** und **Anaemie.**

Protylinum bromatum (Bromgehalt 4% organisch gebunden), besonders indiziert bei **Neurosen.**

Wir ersuchen stets Originalpackungen von 25, 50, 100, 250 gr. oder Cartons à 100 Tabulae à 0.25 gr. zu verordnen.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-La Roche & Co. Fabrik chem.-pharm. Produkte

Basel (Schweiz). *Grenzach* (Baden).

Muster und Litteratur über alle unsere Produkte stehen den HH. Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Thiocol „Roche"

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.

Vorzügl. Antitubercul. und Antidiarrhoicum.

Thiocol-Pastillen „Roche"

à 0.5 gr bequemste und billigste Form.

Sirolin „Roche"

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Airol „Roche"

bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche"

wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche"

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz. Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche".

Digalen

[Digitox. solub. Cloetta]

der wirksame Bestandteil der folia digital. purpurea. Genau dosierbar, wird leicht vertragen und wirkt schnell. In Originalflacons à 15 ccm.

Sulfosot-syrup „Roche"

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Kassenpraxis.

Arsylin „Roche"

ein phosphor- und arsenhaltiges Eiweisspräparat. Enthält Phosphor in völlig und Arsen in nahezu entgifteter Form.

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Bromipin — *Ausgezeichneter Ersatz für Bromalkalien — besonders wertvoll in der Frauen- und Kinderpraxis. — Bromipin kann unbedenklich in grösseren Dosen gegeben werden.* (12) 13—13.

Dionin — *Ein mildes, relativ ungiftiges, in Wasser leicht lösliches Morphinderivat von hervorragender schmerz- und hustenstillender Wirkung. Ist in allen Fällen als Ersatzmittel für Morphium und Codeïn mit Nutzen zu verwenden.*

Jodipin — *Der beste Ersatz für Jodalkalien. Anerkanntes Mittel bei Lues, Bronchitis, Arteriosklerose, Skrophulose, Tuberkulosis incipiens, sowie in allen anderen Fällen, in denen Jodpräparate indiziert sind.*

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle), Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankeiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.

Aerzte: **Dr. C. Dapper** (Besitzer). — **Dr. F. Dengler.** (60) 14—9.

Digitized by Google

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle
bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.
Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven-** und **Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.
Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—9.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.
Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.
Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.
Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.
Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien. **Friedrichroda** i. Thür.
Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. Illustrierte Prospekte.

Salit (Salicylsäurebornylester). Wirkt als **äusserliches** Mittel besonders günstig bei allen nach Erkältung auftretenden **rheumatischen** und **neuralgischen Schmerzen,** bei **Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus** und **Ischias.** Von einer Mischung aus gleichen Teilen Salit und Olivenöl in der Regel täglich 2 mal ½ bis 1 Kaffeelöffel voll in die Haut der erkrankten Körperteile einzureiben. — Salit ist ausserordentlich billig.

Collargol. Bei **septischen Erkrankungen** (Septikämie, Puerperalprozessen — auch prophylaktisch bei Geburten —, Endokarditis, Milzbrand etc.) als Lösung zur **intravenösen** und **rektalen** Anwendung, als **„Unguentum Credé“** zum Einreiben. — Zur **Wundbehandlung** in Form von Tabletten etc. (19) 11—8.

Itrol. Silberpräparat für Augen- und Geschlechtskrankheiten, besonders **Gonorrhöe.**

Acoin. Billiges **Lokal-Anästhetikum** von intensiverer und längerer Wirkung als Kokain.

Proben und Literatur durch
Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,
oder deren Vertreter:
R. Crottet, W. O., Sredny Prosp., 8, St. Petersburg.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw,** Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.
George Heyer & Co., Hamburg 4.

Tannalbin (Knoll)
Erprobtes Antidiarrhoicum,
geschmacklos, stört Appetit und Verdauung in keiner Weise; erhältlich in Pulver und Tabletten.

Triferrin (Knoll)
p-Nucleins. Eisen.
Enthält organ. Phosphor, steigert den Haemoglobingehalt d. Blutes u. wird vom schwächsten Magen vertragen.

Literatur und Proben kostenlos!
KNOLL & C° ✱ LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Bad Wildungen.

(Deutschland)

Privatklinik für Harnkranke.
Dr. Rörig II (Reinhard).

Hôtel und Pension Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Im **Deutschen Alexander-Hospital** wird Nachweis erteilt über zur Zeit **dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)**

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.
Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.
Frau Minna Rieser, geb. Franke. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER

VICHY

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten. — **VICHY CÉLESTINS**

Leber- und Gallenblasen-Krankheiten. — **VICHY GRANDE GRILLE**

Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (63) 18—6. — **VICHY HOPITAL**

Дозв. ценз. Спб., 5 Августа 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
SEP 16 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 32 St. Petersburg, den 13. (26.) August. 1905.

Inhalt: Dr. G. v. Engelmann: Die Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Protokolle des II. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini.

(Vortrag, gehalten auf dem XVI. Livländischen Aerztetage zu Jurjew (Dorpat) am 19. September 1904.)

Von

Dr. G. v. Engelmann,

dirigierendem Arzt der Abteilung für venerische, Haut- und Harnkrankheiten am Stadtkrankenhause zu Riga.

M. H.! Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, jenes Leidens, das mit seinem Gefolge von Komplikationen wohl eine der Hauptplagen des Alters bildet, hat in der letzten Zeit einen bedeutenden Aufschwung erfahren.

Allenthalben wird jetzt aktiver gegen dieses Leiden eingeschritten und gerade in den letzten Jahren findet in zahlreichen Publikationen der medizinischen Presse ein lebhafter Meinungsaustausch über die Vorzüge oder Nachteile der verschiedenen Operationsverfahren statt:

Wenn nun auch nicht zu bestreiten ist, dass die operative Entfernung des hypertrophierten Organes, sei es von einer Sectio alta aus oder vermittels des Perinealschnittes, das radikalste Mittel zur Heilung darstellt, so sind andererseits in dem hohen Alter der meisten hier in Betracht kommenden Patienten, sowie im Vorhandensein von Komplikationen seitens des Gefässsystems, der Blase und Niere mit ihren Folgezuständen, genügend Momente gegeben, welche eine so eingreifende Operation im gegebenen Falle verbieten oder doch sehr gefährlich erscheinen lassen können.

Die sogenannten sexuellen Operationen, d. h. die Kastration resp. Resektion des Samenstranges und die Vasektomie, sind verstümmelnde Eingriffe, die z. T. nicht immer ohne nachteilige Folgen für das Allgemeinbefinden geblieben sind, und dabei von höchst unsicherem oder bei Eintritt eines solchen oft nur von vorübergehendem Erfolg.

Es ist das Verdienst Bottinis in Pavia, in der galvanokaustischen Diärese der Prostata eine Methode geschaffen zu haben, welche es ermöglicht die Prostatiker im II. und III. Stadium ihrer Erkrankung, ohne eingreifende Operation, durch Herbeiführung eines freien Urinabflusses, ohne Eröffnung der Blase oder Harnröhre von ihren Beschwerden zu befreien.

Lange hat es gedauert, bis das bereits in den 70-er Jahren von Bottini publizierte und empfohlene Verfahren Anerkennung und Verbreitung gefunden hat.

Die Gründe dafür lagen zum Teil in dem anfangs noch unvollkommenen und unzuverlässigen Instrumentarium, dem mehrere anfangs vorgekommene Misserfolge und Komplikationen während der Operation zur Last fallen, ferner war es die Scheu vor einem «Operieren im Dunkeln», welches viele Chirurgen von einer Nachprüfung der Methode zurückhielt und endlich lagen sie zum Teil auch in der Auffassung des Krankheitsprozesses begründet, gegen den der Eingriff gerichtet ist. Es ist dieses die Guyon'sche Lehre von der Pathogenese der Prostatahypertrophie, nach welcher nicht die mechanische Verlegung des Harnabflusses, sondern die hauptsächlich als Teilerscheinung der Arteriosklerose eintretende Alteration des ganzen Harnapparates und besonders der Blasenwand, die Hauptursache der Retention, oder mangelhaften Entleerung des Urins darstellt.

Nach dieser Auffassung wäre natürlich von einer Fortschaffung des mechanischen Hindernisses nicht viel zu erwarten, die Patienten im III. Stadium z. B. wären nach wie vor auf die Entleerung des Residualharns mit dem Katheter angewiesen. Auf dem internationalen Kongress in Berlin 1890 und namentlich in Moskau 1897 konnte jedoch Bottini, der unermüdlich an der Ausgestaltung seiner Methode fortarbeitete, an der Hand eines grossen Materials nachweisen, dass dieser Einwand nicht zu Recht bestand, dass auch hochgradig dilatierte Blasen, die jahrelang jeder spontanen Entleerung unfähig gewesen waren, nach Be-

Digitized by Google

seitigung des mechanischen Verschlusses wieder vollkommen funktionstüchtig werden können.

Die Ausbildung der Cystoskopie durch die wir in den Stand gesetzt werden, das Ergebnis der Sondenuntersuchung zu kontrollieren, und uns genau über die Lageverhältnisse der vergrösserten Prostatalappen zu instruieren, liess auch den Vorwurf eines «Operierens im Dunkeln» weniger schwerwiegend erscheinen.

Endlich waren es die wesentlichen Verbesserungen und Modifikationen des Instrumentariums und der Elektricitätsquelle, welche die Sicherheit des Operierens so wesentlich erhöhten, dass die Bedenken, die sich der Anwendung der Methode anfangs entgegenstellen mussten, allmählich schwanden. In erster Linie ist es ein Verdienst Freudenbergs in Berlin durch Modifikation der ursprünglichen Bottini'schen Instrumente ein sicher funktionierendes Instrumentarium geschaffen und durch die damit erzielten Erfolge der Methode Bahn gebrochen zu haben.

Ehe ich zur Schilderung der von mir erzielten Operationsresultate übergehe, möchte ich mir erlauben, Ihnen das Instrumentarium und Operationsverfahren Freudenbergs, das wohl zur Zeit am meisten Anerkennung findet, und das auch von mir in Anwendung gebracht worden ist, kurz zu schildern, ohne auf Modifikationen, die von anderer Seite proponiert worden sind, einzugehen, deren Vorzüge oder Nachteile noch der Diskussion unterliegen. Ich muss hier auf die zahlreichen Publikationen in der Literatur, besonders auf die Arbeit Freudenbergs in den Volkmann'schen Vorträgen verweisen [1]) (Demonstration des Instrumentes).

Die Ausführung der Operation erfordert zunächst einige Vorbereitungen.

Besteht eine intensivere Cystitis, ist der Harn ammoniakalisch, so ist durch Spülungen und Instillationen nach den bekannten Methoden, sowie innerliche Darreichung von Harnantisepticis, Urotropin, Helmitol etc. möglichste Besserung herbeizuführen. Ist dieses gelungen, so folgt eine genaue Untersuchung mit Sonde und Cystoskop, um ein möglichst genaues Bild der Konfiguration der in die Blase prominierenden Prostatalappen zu erhalten. Ich benutze dabei auch die von Jacoby angegebene Vorrichtung, die in einer kreisrunden Platte mit Winkeleinteilung besteht, welche am Pavillon des Cystoskopes und des Incisors in gleicher Weise angebracht ist und auf der ein stets in Vertikalrichtung sich einstellender Zeiger den Winkel angiebt, in welchem man die Stelle treffen muss, die man sich bei der cystoskopischen Untersuchung als die geeignetste zur Incision bestimmt hat.

Der Verlauf der Operation gestaltet sich nun folgendermassen:

Nachdem der Pat. durch Abführung und Blasenspülung gehörig vorbereitet worden ist, wird Harnröhre und Blase kokainisiert und die Blase mit ca. 150 cctm. Luft gefüllt, die durch Einschaltung eines mit steriler Watte gefüllten Glasrohres filtriert wird.

Nachdem man sich nun von dem guten Funktionieren der Wasserleitung und des Stromes nochmals überzeugt hat, wird das Instrument eingeführt und der Schnabel sofort nach unten gerichtet. Während das Instrument mit der linken Hand fixiert wird, tastet der in den Mastdarm geführte Zeigefinger der rechten Hand die Schnabelspitze genau ab, um die richtige Lage des Instrumentes zu kontrollieren, und ein Einhaken in Trabekeln oder etwa vorspringende Ureterenwülste zu vermeiden, was mit vollkommener Sicherheit zu erreichen ist. Ist durch vorsichtiges Anziehen die Spitze des Instrumentes an den mittleren Teil der in die Blase vorspringenden Prostata sicher angehakt, so wird durch Abtasten mit dem Zeigefinger von der Spitze des Instrumentes bis zum Ende der Prostata an der pars membranacea der urethrae, die Länge der Prostata bestimmt. Ca. $^4/_5$ der gefundenen Länge geben die Ausdehnung des Schnittes.

Bei fester Haltung des Instrumentes in der richtigen Stellung, wird nunmehr, nachdem die Wasserkühlung in Funktion gesetzt worden ist, der Strom eingeschaltet und durch langsames Drehen des Triebrades die glühende Platinklinge so lange herausgeschraubt, bis die nötige Länge des Schnittes erreicht ist, worauf die Klinge langsam in derselben Weise wieder zurückbewegt wird.

Die Langsamkeit der Schnittführung hängt dabei von der grösseren oder geringeren Konsistenz und dem damit verbundenen Blutreichtum des zu durchtrennenden Gewebes ab. Bei grösserem Blutreichtum wird langsamer geschnitten! Ich rechne durchschnittlich $1^1/_2$ Minuten auf 1 ctm. Schnittlänge.

Die Anzahl der auszuführenden Schnitte richtet sich nach dem durch die Untersuchung festgestellten Lokalbefunde. Meist wird es sich empfehlen, 3 Schnitte auszuführen: einen nach hinten zur Incision des Mittellappens und je einen nach rechts und links.

Der Schnitt nach vorn ist im allgemeinen zu vermeiden, weil er leichter zu Verletzungen der Harnröhre führt, und ferner weil der vordere Teil der Prostata meist nur in unbedeutendem Masse an der Hypertrophie beteiligt ist.

Nach beendeter Operation wird das Instrument entfernt und durch einen Katheter die eingeführte Luft sowie der angesammelte Urin mit dem in wechselnder, meist nicht bedeutender Menge ergossenen Blut abgelassen, worauf eine Ausspülung der Blase mit Argentum nitricum-Lösung folgt.

Die Frage, ob man nach der Operation einen Verweilkatheter einlegen soll, wird verschieden beantwortet. Nach meinen Erfahrungen ist derselbe für gewöhnlich entbehrlich und braucht derselbe nur bei stärkeren Blutungen und bei intensiverer Cystitis für die ersten Tage eingelegt zu werden; in diesen Fällen pflegt seine Wirkung eine sehr prompte zu sein.

Die Nachbehandlung gestaltet sich je nach dem früher oder später eintretenden Resultat verschieden, sie besteht im allgemeinen in regelmässigem Katheterismus und Blasenspülungen, bei gleichzeitiger innerlicher Darreichung von Urotropin, oder Salicylpräparaten. Bettruhe ist nur für die ersten Tage angezeigt; sobald die Blutbeimengung zum Urin nachlässt, was oft schon am 2. Tage der Fall ist, kann man den Patienten aufstehen lassen.

Die Wirkung der Operation besteht in der Anlegung V-förmiger Rinnen im Gewebe der hypertrophischen Prostata, die von beträchtlicher Breite zu sein pflegen, da das Gewebe beiderseits neben dem klaffenden Schnitt auf ca. $^1/_2$ ctm. Dicke nekrotisiert wird.

Der Erfolg der Operation ist oft ein fast unmittelbarer, in den meisten Fällen tritt er aber nicht sofort ein, es kann sogar anfangs durch reaktive Schwellung zu einer Behinderung der Harnentleerung kommen, auch die Einführung des Katheters kann, wie ich das mehrmals beobachtet habe, in den ersten Tagen schwieriger sein als sie es vor der Operation war, und erst in Tagen, dazwischen auch erst nach Wochen tritt mit der Abschwellung der Teile und der Abstossung der Schorfe der volle Erfolg zu Tage. Dieser ist dann häufig ein ganz überraschend guter, da wie schon erwähnt, auch Kranke mit jahrelanger Urinretention, die keinen Tropfen Urin spontan herausbringen konnten, vollständig beschwerdefrei zu urinieren imstande sind und zwar oft ohne einen nennenswerten Residualharn in der Blase zurückzubehalten.

[1]) Die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels der galvanokaustischen Methode nach Bottini von A. Freudenberg. Volkmann'sche Vorträge Nr. 328, 1902.

Digitized by Google

Freilich tritt ein so vollkommener Erfolg nicht immer ein, dennoch ist dem Kranken schon ein ganz wesentlicher Dienst geleistet, wenn er, statt kompleter Retention mit ihren Folgen für das Allgemeinbefinden, zu einem Zustand gelangt, in dem er zwar nicht allen Urin entleeren kann, aber vielleicht nur 2 mal am Tage genötigt ist den Katheter anzuwenden, um den Residualharn zu entfernen, im übrigen aber frei und ohne Beschwerden zu urinieren vermag.

Ausserdem ist noch zu erwähnen, dass bei einem anfänglichen Misserfolg, nach einigen Wochen die Operation, da sie an sich den Patienten verhältnissmässig wenig Beschwerden verursacht und keine Narkose erfordert, wiederholt werden und dann einen vollen Erfolg geben kann.

Nach einer allerdings schon im Jahre 1900 von Freudenberg zusammengestellten, die gesamte Literatur umfassenden Statistik ergeben sich für 718 Fälle 4,25—5,84 pCt. Mortalität, 7,6 pCt. Misserfolge und 86,63 pCt. gute Resultate, d. h. Heilungen + wesentliche Besserungen. Unter den guten Resultaten waren 61,29 pCt. als «Heilungen» 38,71 pCt. als «wesentliche Besserungen» zu bezeichnen, wobei unter Heilungen verstanden wird, «dass die betreffenden Personen den Katheter zur Urinentleerung garnicht mehr gebrauchen, dass sie mit einer sie absolut nicht belästigenden Häufigkeit in freiem Strahle ohne jede Beschwerde urinieren und dass der Residualharn ganz verschwunden oder auf ein bedeutungsloses geringes Quantum — sagen wir durchschnittlich höchstens 50 cctm. — herabgesunken ist».

Das günstige Operationsresultat pflegt natürlich auch von wesentlichem Einfluss auf das Allgemeinbefinden zu sein, indem die unausbleiblichen Folgezustände der Harnretention, besonders die Verdauungsstörungen nachlassen, das Körpergewicht sich hebt, und die Kräfte zunehmen.

Was die Andauer der erzielten Operationsresultate betrifft, so sind dieselben als sehr günstige zu bezeichnen. Recidive sind bei vollem Erfolge nur selten beobachtet worden.

Dass der Eingriff jedoch nicht in jedem Falle zu den ganz harmlosen gehört, zeigt die angegebene Mortalitätsziffer von 5,8 pCt. Wenn sie auch keine hohe ist und wenn auch der Einfluss der Operation dabei ein indirekter ist, indem schlechter Zustand des Kranken vor der Operation, Komplikationen seitens der Nieren und anderer Organe dabei den Hauptanteil tragen, so beweist sie dennoch, dass auch mit diesem Eingriff gewisse Gefahren verbunden sein können. Diese Gefahren beruhen in Komplikationen, die während der Operation und in der Nachbehandlungsperiode eintreten und den Verlauf sowie den Erfolg störend beeinflussen können.

Abgesehen von üblen Zufällen, welche durch ein nicht sicher funktionierendes Instrumentarium, sowie durch eine fehlerhafte Technik eintreten können, wie Verbiegen des Messers infolge nicht genügend sicherer Fixirung des Instrumentes oder zu schnellen Schneidens, ferner zu weit ausgedehnte Schnitte etc., durch die Verletzungen der Harnröhre mit ihren Folgen, wie Urininfiltration, zustande kommen können, liegt eine Hauptgefahr in der Möglichkeit des Eintretens einer bedeutenderen Blutung.

Eine solche kann in unmittelbarem Anschluss an die Operation sowie später nach 1—2 Wochen bei Gelegenheit der Lösung der Schorfe zustande kommen. Im allgemeinen steht jedoch auch eine stärkere Blutung sehr bald nach Applikation des Verweilkatheters, Blasenspülungen mit Argentum nitricum-Lösungen und interner Anwendung von Stypticis. Ich habe unter meinen Fällen 2 mal postoperative und einmal Blutung bei Ablösung der Schorfe beobachtet, die jedesmal in der genannten Weise prompt zum Stehen gebracht wurden. Langsames Schneiden und bei den weichen Formen etwas geringere Glühintensität des Messers sind die vorbeugenden Massregeln gegen das Eintreten dieser Komplikation. Leichtere Haemorrhagien treten dagegen wohl in fast allen Fällen infolge der Operation auf, sie hören in den ersten 24 Stunden spontan auf, ohne dass deshalb zum Verweilkatheter gegriffen zu werden braucht.

Die Schorfe pflegen sich ungefähr vom 4. bis 20. Tage zu lösen; meist geschieht dieses ohne Blutung in Form von kleinen schwärzlichen Bröckeln; das gelegentliche Abgehen grösserer Stücke habe ich nicht beobachtet.

Fieber wird in den nächsten der Operation folgenden Tagen nicht selten beobachtet, was bei dem so häufigen Vorhandensein von Blasenkatarrhen nicht wundernehmen kann, es ist meist von kurzer Dauer und trägt oft den Charakter des akuten Urethralfiebers, das mit Schüttelfrost beginnt und in einem Tage wieder vollkommen schwindet; auch unter meinen Patienten habe ich ein solches ein paarmal beobachtet. Als Ursache muss eine Infektion der nicht durch Schorfe vollständig geschützten Stellen durch die Mikroorganismen des katarrhalischen Urins angesehen werden.

Schwerer sind die Gefahren für die Patienten, wenn es infolge der Infektion der Wundflächen zu Phlebitis und Thrombose des prostatischen und periprostatischen sowie paravesikalen Gewebes mit ihren Folgen kommt, Ereignisse, die allerdings zu den seltenen Vorkommnissen gehören und sich wohl meist durch Auswahl der Fälle, genügende Vorbehandlung der komplizierenden Katarrhe, sowie vorsichtiges Operieren vermeiden lassen werden. Bei den von mir operierten Patienten ist eine solche Komplikation nicht vorgekommen.

Zu erwähnen wäre noch, dass es dazwischen zu vorübergehender Urininkontinenz kommt; auch ich habe dieselbe bei einem Patienten auftreten sehen, doch hielt sich diese Erscheinung nur kurze Zeit und schwand bald vollkommen, was auch von anderen Operateuren stets betont wird. In der Literatur finden sich keine Berichte darüber, dass eine dauernde Inkontinenz als Folge der Operation eingetreten wäre.

(Schluss folgt).

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 6. Oktober 1904.

Dr. Paul Klemm hält seine angekündigte Demonstration: «Ueber unblutige Behandlung der Ellenbogenbrüche» mit Krankenvorstellung.

Dr. Voss fragt an, wann Massage angewandt worden sei, worauf Dr. Klemm erwidert, dass in 8-tägigen Intervallen massiert und dann in gerader Stellung verbunden wurde. Wegen der grossen Gefahren solle die Indikationsstellung zur blutigen Behandlung eine möglichst strenge sein.

Dr. Behr demonstriert ausser der Tagesordnung einen Fall von «Besessenheit», der als Einleitung und Erläuterung eines Vortrages über dieses Thema gelten soll; wegen Zeitmangels wird derselbe auf eine der nächsten Sitzungen verschoben.

Herr Dr Krannhals hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Pyramidon bei Behandlung des Typhus abdominalis». (Im Druck erschienen i. d. «Münchener med. Wochenschrift» Nr 49. 1904).

In der Diskussion erkennt Dr. Hampeln den Standpunkt an, nicht auf alle internen Mittel bei der Typhusbehandlung zu verzichten; auch er hat bei Anwendung des Pyr. gute Erfolge erzielt, doch hat er es nicht kontinuirlich gegeben; wenn er es ausliess, so trat sofort eine Steigerung der Temp. ein. Die profusen Schweisse hat er ebenfalls gesehen und empfiehlt daher das Pyr.-oxycamphoricum, welches nicht so schweisstreibend wirkt. Das letztere hat er in grösserer Dosis, à 0,2, 1 stündlich gegeben. Auf die Diazoreaktion hat das Mittel keinen Einfluss.

Digitized by Google

Herr Dr. Wolferz I äussert Bedenken gegen den Gebrauch des Pyr., bes. theoretischer Natur; es sei nicht unsere Aufgabe die Temperatur herabzusetzen. Eine Beschleunigung des Stoffwechsels, die Entfernung der Toxine solle angestrebt werden. Die bisherige Behandlung habe gute Resultate gegeben, man solle bei ihr bleiben; nur wenn man mit ihr nicht zum Ziel komme, könne man die anderen Mittel anwenden. Vor Jahren sei z. B. auch das Na-salicyl. in der preussischen Armee ausgiebig benutzt worden, doch jetzt sei der Gebrauch desselben bei Typhusbehandlung in ihr abgekommen, wegen vorgekommener Collapserscheinungen; auch Pyram. rufe zuweilen Insuffizienzerscheinungen hervor.

Dr. Voss: Aus den von Dr. Krannhals gezeigten Fieberkurven lasse sich vielleicht noch ein 3. Typus der Einwirkung des Pyram. ableiten, in welchen ein ganz steiler Abfall erfolge, dann wieder ein Anstieg unter Schüttelfrost, das wiederholt sich Tag für Tag. In solchen Fällen könne es schwer werden Komplikationen, z. B. Sinusthrombose, auszuschliessen; man müsse wissen, dass Pyr. zuweilen solche Kurven verursache.

Dr. Krannhals gesteht zu, dass er in manchen Fällen ein starkes Ansteigen der Temperatur beobachtet habe, auch wenn Pyram. gegeben wurde, dann ein plötzliches Fallen, dann wieder Anstieg unter Schüttelfrost; in diesen Fällen mit den zackigen, steilen Temperaturkurven sind Komplikationen mit Pneumonie, Otitis, Osteomyelitis von ihm beobachtet worden. Er hat dann zuweilen Pyram. fortgelassen, um klarer zu sehen. Herrn Dr. Wolferz gegenüber betont Redner, dass er die Bäder vielfach nebenbei gegeben habe, ebenso auch die Darmausspülungen etc.

Dr. W. Lieven hat nach der Publikation Valentinis auch Versuche mit der Pyram.-Behandlung gemacht und ist von ihnen befriedigt; er fragt an, ob unter den 66 Fällen des Dr. Krannhals auch Todesfälle vorgekommen, worauf Dr. Krannhals erwidert, dass die Mortalitätsziffer dieselbe wie früher geblieben sei.

Herr Dr. Wolferz tritt nochmals für die Bäderbehandlung ein, er wünscht sie methodisch angewandt zu sehen, alle 3 St., wenn die Temp. 38,5.

Dr. Krannhals erwidert darauf, dass er sich in bezug auf die Bäderanwendung mehr nach dem subjektiven Befinden der Kranken, nach dem Pulse etc. richte.

Herr Dr. Kikuth erwähnt schliesslich noch die Anwendung des Pyr. in der Phthiseotherapie, in Dosen von 0,2. Er hat einigemal Collapszustände dabei gesehen und hat es dann in geteilter Dosis mit besserem Erfolg gegeben.

Dr. Otto Klemm hält seine angekündigte Demonstration, welche Untersuchungen von Milch, Sputum, Harn eines hiesigen Laboratoriums betrifft und unterzieht diese Analysen einer Kritik.

Sitzung am 20. Oktober 1904.

Dr. Paul Klemm demonstriert einen Kranken, welchen er im August wegen eines Revolverschusses in die Leber operiert hat, indem derselbe zu einem subphrenischen Abscess geführt hätte. Die Kugel sitzt noch immer in der Leber; bei der bakteriologischen Untersuchung des Abszesses wurden hauptsächlich Fäulnissorganismen gefunden. Sodann zeigt er das Radiogramm des zugehörigen Falles.

In Abwesenheit des Dr. v. Groot übernimmt Dr. v. Bergmann die von ersterem angezeigte Demonstration eines Falles von Leberruptur, welcher chirurgisch angegriffen wurde. Es lag eine Quetschung durch einen schweren Wagen vor; wegen später sich entwickelnden subphrenischen Abszesses wurde nochmals chirurgisch eingegriffen. Der Patient wird vorgestellt.

Dr. W. Lieven hat den Patienten des Herrn Dr. Bergmann 2 Stunden nach der Verletzung gesehen; anfangs war es schwer zu entscheiden, ob eine Leberruptur oder eine Darmverletzung vorlag; er spricht seine Verwunderung darüber aus, dass die Bauchmuskulatur bretthart gespannt war, obschon keine Darmruptur vorlag.

Dr. v. Bergmann erwidert, man habe einige Stunden mit der Operation gewartet, indem eine Darmruptur ausgeschlossen wurde. Das Treudelenburgsche Symptom verschwinde zuweilen auch schnell, wenn keine Darmruptur vorliege.

Auf die Frage Dr. P. Klemms, ob in diesem Abszess auch Galle beigemengt war, antwortet Dr. v. Bergmann, dass Galle beigemengt war zum Eiter; bakteorologisch ist nicht untersucht worden.

Dr. Schabert hält sodann seinen angekündigten Vortrag: «Zur Diagnose und Pathologie der Endocarditis acuta».

Dr. v. Hampeln interessiert die Abtrennung zweier Hauptformen der Endocarditis; vom klin. Standpunkt empfiehlt es sich an 2 Hauptgruppen festzuhalten, er schliesst sich Lenhartz an, welcher unterscheidet: 1) septische Formen, welche ja auch der verschiedensten Art sein können und 2) aseptische akute Formen. Dr. Hampeln hält diese Unterscheidung für besser als die von Litten in maligne und benigne Formen der Endocarditis.

Manche der Schabertschen Fälle seien tötlich verlaufen, vielleicht infolge von Komplikation, nicht durch die Sepsis.

Dr. Hampeln giebt ferner zu, dass die Gegenwart eines Klappenfehlers durchaus nicht die Diagnose erleichtere; die Diagnose einer malignen Endocarditis sei immer eine sehr schwere. Es gäbe Fälle von langem Fieber, oft Wochen, ja Monate lang, welche oft unaufgeklärt seien; diese Fälle entpuppen sich schliesslich als Tuberkulose oder Endocarditis, es entscheidet bei ihnen der Verlauf. Eben habe er einen ähnlichen Fall in Beobachtung, wo er fürs erste zwischen irregulärem Typhus und Endocarditis schwanke. Wenn Retinal- oder Hautaffektionen fehlen, wenn die Pulsbeschaffenheit im Stiche lässt, wenn die Widal'sche Reaktion nicht positiv, so müsse man in diesen Fällen schwanken. Er erinnere sich noch zweier ähnlicher dunkler Fälle aus seiner Praxis; das erste Mal wurde durch die Sektion eine ulcerierende Endocarditis festgestellt, während er eine Cholangoitis angenommen hatte. Die differentielle Diagnose bliebe immer eine sehr schwierige, anfangs könne man sie oft nicht stellen.

Dr. Krannhals weist auf die Wichtigkeit der von Schabert angeführten Nebenerkrankungen hin; wenn solche fehlen, sei die Diagnose sehr schwer, namentlich wenn es sich um eine ältere, rezidivierende Klappenerkrankung handelt, und man den Kranken früher nicht gekannt hat. Auch er habe wochenlang in der Diagnose geschwankt. Die haemorrhag. Nephritis sehe er prognostisch sehr ungünstig, fast letal an. Die Pneumonie ist zeitlich oft sehr verschieden gewesen bei der Endocarditis, wie er als Prosektor gesehen; zu seiner Zeit sei die maligne Endocarditis oft mit Meningitis einhergegangen; dann sei wieder lange Zeit vergangen, ohne dass er diese Komplikation gesehen.

Dr. Hampeln hebt hervor, dass prognostisch ein Unterschied bestehe zwischen den Endocarditiden, welche auf Gelenkrheumatismen folgen und denen, welche mit Pneumonie kompliziert sind; die ersteren verlaufen oft günstig.

Dr. Paul Klemm vermisst die Beziehung der Endocarditis zur Osteomyelitis; er hat Fälle gesehen, wo das lokale Bild der Endocarditis zurücktrat. Diese Osteomyelitiden waren als Teilerscheinung der allgem. schweren Infektion zu deuten; in einzelnen Fällen lässt sich das Bild auf den osteomyelitischen Herd zurückführen; er hat Pneumokokken, Streptokokken in diesen gefunden.

Die Leukozytenmenge des Blutes war vermehrt; die L.-menge ging parallel mit dem Befinden des Kranken.

Dr. Schabert führt in seinem Schlusswort aus, dass eine Kette vom leichtesten Gelenkrheumatismus bis zur schwersten Sepsis gebildet werde. Aus didaktischen Gründen sei eine Trennung der einzelnen Formen nötig, prinzipiell seien jedoch keine Unterschiede. Er befindet sich sonst nicht im Widerspruch mit der allgemeinen Auffassung, stimmt den Ausführungen Dr. Hampelns bei. Deshalb unterscheidet er nur zwischen akuten und chronischen Formen, wie es auch Jürgensohn tut. Die erste Arbeit des Diagnostikers ist die Exklusion; dann tritt die ganze Gruppe der septischen Formen ein. Es giebt Krankheiten, welche ganz ebenso verlaufen wie die Endocarditis, z. B. die Pericarditis, welche zuweilen mit einer haemorrhag. Nephritis kombiniert ist. Ist die Diagnose Sepsis gestellt, dann ist die 2. Frage, liegt Endocarditis vor oder nicht, ob bereits eine Blutmykose; bei der Sektion lässt sich letzteres nicht mehr nachweisen.

Die Frage, ob der Rheumatismus eine Sepsis, bei welcher es nicht zur Sepsis gekommen ist, ist noch nicht abgeschlossen.

Redner wollte nur zeigen, dass eine ununterbrochene Kette zwischen den einfachen Formen des Rheumatismus bis zur Endocarditis gebildet werde.

Protokolle des II. Aerztetages
der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval.

(Fortsetzung.)

II. Sitzung

von 4—7 Uhr nachmittags.

11. Diskussion und Begutachtung der beiden genannten Kommissionsberichte.

Der Präses legt der Versammlung zur Kenntnissnahme die Arbeiten der von der Ritterschaft erwählten «vorbereitenden Kommission in Sachen der Sanitätsreform» vor. Er weist

Digitized by Google

darauf hin, dass die Versammlung die von der Kommission gestellten Fragen zu beantworten haben wird. Daran wird die Verlesung folgender Schriftstücke angeschlossen:

1) Das Gutachten der «vorbereitenden Kommission über das Sanitätsreformprojekt».

2) Musterkontrakte für Bezirksarztverbände und Aerztekontrakte.

3) Statistische Erhebungen über die Mortalität in Estland,

4) Die projektierte Verteilung der Sanitätsbezirke.

Der Präses teilt sodann noch mit, dass eine Expertise der Vorlage erwünscht ist und dass die Protokolle und Vorschläge des Aerztetages zur Kenntnisnahme der Landesverwaltung vorgelegt werden können. Ferner bemerkt der Präses, dass bisher immer der Ausdruck «Sanitätsarzt» gebraucht worden, dass jedoch an Stelle dessen «Landschaftsarzt» zu sagen sei, da das die richtigere und entsprechendere Bezeichnung sei.

Diskussion ad a) Schulrevisionen:

Dr. Schröter: Der Arzt ist nach dem Gesetz stets Experte und nicht administrativer Beamter: er kann also nur in Begleitung eines Repräsentanten der Gemeinde oder der Polizei eine Besichtigung vornehmen. Es ist daher wünschenswert, dass dem Arzt das Recht erteilt werde jeder Zeit zu seinen Revisionen einen Vertreter der Gemeindeverwaltung heranzitieren zu dürfen.

Dr. Haudelin: Meiner Meinung nach werden die Sanitätsärzte nicht anders Revisionen in den Schulen ausführen können als in Begleitung von Amtspersonen oder auf Anordnung der Polizei.

Dr. v. Nottbeck: «Meine Schulrevisionen als Kreisarzt mache ich stets ohne Polizeibeamten oder Gemeindeältesten.

Dr. Kusmanoff: Da in den Städten sowohl Fabriksärzte als auch Schulärzte ohne weiteres Fabriken und Schulen revidieren können, so wird das wohl auch den beamteten Aerzten auf dem Lande möglich sein. Der direkte Vorgesetzte aller Gemeindeschullehrer, der Volksschulinspektor, wird mit Freuden diese Neuerung der sanitätsärztlichen Schulrevisionen begrüssen und den Lehrern die nötigen Instruktionen erteilen in betreff der Unterstützung der Aerzte bei den Revisionen.

Dr. Kupffer-Kuda: Zunächst möchte ich bemerken, dass ich als Lepraarzt eine ganze Anzahl von Schulrevisionen gemacht habe und nie genötigt war den Gemeindeältesten oder gar die Polizei hinzuzuziehen. Durch ein Zirkulär des Herrn Gouverneurs wurden die betreffenden Beamten aufgefordert dem Lepraarzt bei seinen Arbeiten behülflich zu sein. Infolgedessen habe ich nie Schwierigkeiten gehabt. Die von den Kollegen geäusserten Bedenken in bezug auf die Berechtigung zur Vornahme von Besichtigungen beziehen sich auf Privatärzte und bestehen denen gegenüber vollständig zu Recht. Beamtete Aerzte haben jedoch eine ganz andere Stellung. Sie übernehmen mit ihren Pflichten auch gewisse Rechte, wie z. B. die oben besprochenen. Meiner Ansicht nach wird es mit den sanitäre Funktionen übernehmenden Landschaftsärzten ganz ebenso sein. Sie werden eben für einen bestimmten Bezirk des Gouvernements offizielle Amtspersonen werden, welche als solche das Recht haben, ohne Gemeindebeamte hinzuzuziehen, in sanitärer Beziehung Revisionen zu machen. Diese Rechte werden den Aerzten bei Einführung der Sanitätsreform durch die Landesverwaltung verschafft werden. Wir brauchen uns nicht darüber Sorgen zu machen wie das geschehen wird. Ich habe sowohl in Estland als auch in Livland (wo ich Sanitätsarzt war) die Erfahrung gemacht, dass die Gemeindeverwaltungen, Schullehrer, die Schulinspektoren und Bauerkommissäre nicht nur sehr entgegenkommend sind, sondern dass sie die Revisionen und die sanitäre Aufsicht für eine sehr segensreiche Neuerung ansehen und sie nach Möglichkeit unterstützen. In Livland kam es vor, dass auf Grundlage der Berichte und Vorschläge, welche der Sanitätsarzt dem Kreissanitätskomitee zusandte, der Bauerkomissär an die ihm unterstellten Gemeindeverwaltungen in sanitären Fragen instruierende Zirkuläre erliess.

Dr. v. Wistinghausen: Ich bitte die Herrn Kollegen derartige Zweifel über die Berechtigung zur Vornahme von Revisionen zu unterdrücken, da erstens es nicht Sache der Aerzte ist, sich dieses Recht zu schaffen, und zweitens eine sanitäre Aufsicht auf dem Lande garnicht denkbar ist, wenn der Landschaftsarzt nicht Amtsperson (ähnlich wie der Kreisarzt) in seinem Bezirk ist.

Dr. v. Nottbeck: Welcher Zweck wird mit einer 2 mal jährlich auszuführenden Schulrevision verfolgt? Da die ministeriellen und Parochialschulen vom 1. resp. 20. September bis zum 1. resp. 20. Mai, die Hauptmasse der Schulen, die Gemeindeschulen, sogar blos vom 15. Oktober bis zum 15. April geöffnet sind, so genügt meiner Ansicht nach eine einmalige Revision im Jahr vollständig. Sind besonders grosse Mängel zu konstatieren, die in relativ kurzer Zeit beseitigt werden können, so werden die Landschaftsärzte in einem Jahre auch mehrere Fahrten in ein und dieselbe Schule machen müssen. Uebrigens glaube ich nicht, dass man auf bedeutende Verbesserung der sanitären Verhältnisse der Gemeindeschulen Hoffnung hat, da ich z. B. Schulen in meinem Bezirke kenne, die ganz ausnehmend schlecht sind und die trotz ergangener Aufforderung doch nicht repariert werden.

Dr. Kupffer: In dem verlesenen Projekte ist wörtlich von 1—2-maligen Schulrevisionen die Rede. Ich habe aber nichts dagegen, dass die Besichtigungen nur einmal jährlich gemacht werden. Jedoch ist zu bedenken, dass zur Zeit von Epidemien wohl öfters die betreffende Schule zu besuchen sein wird und dass die Gemeinde das Recht haben muss vom Landschaftsarzt den Besuch solcher zu verlangen. In Livland, wo die landischen Schulverhältnisse dieselben sind, waren 2 mal jährlich vorzunehmende Revisionen deshalb angeordnet, weil der Sanitätsarzt das zweite Mal sich davon überzeugen sollte, ob die gewünschten Aenderungen auch wirklich ausgeführt worden und weil er über diesen Punkt ebenfalls dem Kreissanitätskomitee zu berichten hatte, welches dann seinerseits gegen die eventuellen renitenten Gemeinden vorging. Dass die Gemeinden für Verbesserung der sanitären Verhältnisse nichts tun, kann ich nicht bestätigen. Im ganzen Lande werden jährlich eine Anzahl neuer Schulen erbaut. Und wenn die Landschaftsärzte ihre Tätigkeit eröffnen, dann wird man gewiss dasselbe erleben wie in Livland, wo die Gemeinden auf den Rat der Aerzte viele Aenderungen in den Schulen anbrachten. Bei der Kostspieligkeit solcher Bauten ist es den Gemeinden nicht zu verargen, wenn sie in Anbetracht der schwierigen Geschäftslage manchmal solche Ausgaben immer und immer wieder zu umgehen suchen. Es fehlte zudem bisher den Gemeinden der ärztliche Ratgeber, welcher, bekannt mit den lokalen Verhältnissen, in solchen Fällen für die Hebung der sanitären Zustände einzutreten hätte.

Dr. Thomson-Helenenhof: In einem Sanitätsbezirk, zu dem über 20 Schulen gehören, wären ungefähr 1000 Schulkinder zu untersuchen, was eine Arbeitsleistung ist, die für andere Sanitätsarbeit wenig Zeit übriglässt. Ausserdem ist zu berücksichtigen der Umstand, dass der Arzt der Arbeit für seine Vereinsklientel durch seine sanitären Verpflichtungen nich entzogen werden darf.

Dr. v. Nottbeck: In Jerwen kommen in den Sanitätsbezirken fast überall mehr als 20 Schulen pro Arzt.

Dr. Kupffer: In Estland existieren rund 500 Schulen. Durchschnittlich kommen also bei 25 Sanitätsbezirken pro Landschaftsarzt 20 Schulen. Die Zahl der Schulen in den einzelnen Kirchspielen ist sehr verschieden. Es giebt solche mit 6 Schulen und solche mit über 20. Es kommt aber nicht immer auf die Zahl der Schulen an, sondern auch auf die Entfernung derselben vom Wohnorte des Arztes, da der Zeitverlust der gleiche ist bei der Besichtigung mehrerer nah' beim Doktorat gelegener Schulen und einer sehr weit entfernten. Wo viel Schulen sind, liegen sie nahe bei einander und kann der Landschaftsarzt leicht mehrere an einem Tage revidieren. Was das Mass der Arbeit anlangt, so ist die erstmalige Revision keine Kleinigkeit. Sie ergiebt aber ein schönes statistisches Material und giebt ein gutes Bild der bestehenden Verhältnisse. Die späteren Besichtigungen sind viel einfacher und bei einiger Uebung schnell zu absolvieren.

III. Sitzung.

Sonnabend, den 25. September, 11—2 Uhr vorm.

Demonstrationen und kleinere Mitteilungen:

1) Dr. v. Keyserlingk demonstriert einen Heissluftapparat und eine Missgeburt».

Der Heissluftapparat besteht aus einem länglichen hölzernen Kasten, dessen Längsseitenwände und Boden fehlen. An den Längsseiten sind Vorhänge von Soldatentuch befestigt, an einer Schmalseite ist eine kniegebogene Röhre befestigt, die über den Zylinder einer gewöhnlichen Tischlampe gestülpt wird und die heisse Luft zuführt. Oben ist ein kleines Loch eingebohrt für das Thermometer. Der Kasten wird quer über den Unterleib der auf dem Rücken oder dem Bauch liegenden Patientin gelegt, so dass der zu erwärmende Raum über dem Becken nach unten und oben von den Vorhängen abgeschlossen wird, und nun wird er angeheizt, worauf die Temperatur in circa 10 Minuten auf 100° steigt. Ich habe so Temperaturen bis 125° appliziert. Der Apparat übt bei Beckenexsudaten, chronischen Adnexentzündungen, rheumatischen Affektionen etc. eine vorzügliche schmerzstillende Wirkung, während die resorbierende Wirkung nicht so prompt ist.

Die Missgeburt ist ein Acardiacus acephalus. Wenn bei eineiiger Doppelbildung die Allantois der einen Keimanlage sich früher bildet als die der anderen, so erreicht sie die Innenfläche des primären Chorions und umwächst diese zu einer

Digitized by Google

Zeit, wo die andere noch nicht so weit gediehen ist. Diese muss nun, da sie nicht mehr an das Chorion direkt ankommen kann, an der Allantois der ersten Keimanlage inserieren. So kommt es denn, dass die Nabelschnurgefässe des Parasiten vom Herzen der ersten Frucht gespeist werden. Da dessen Herzaktion nun auf eine beträchtliche Entfernung wirken muss, so kommt es beim Parasiten naturgemäss zu venösen Stauungen, wodurch wiederum die starke Hypertrophie des Bindegewebes bei diesem erklärt wird. (Ahlfeld: «Die Missbildungen des Menschen».)

(Autoreferat.)

2) Dr. v. zur-Mühlen-Reval demonstriert einen doppelseitigen Ovarialtumor:

Pat. A. A., 67 a. n. ledig, immer gesund gewesen. Periode früher immer regelmässig, erinnert sich nicht mehr, wann die Menopause eintrat. Pat. bemerkte schon vor längerer Zeit (circa 1 Jahr!) eine Geschwulst im Unterleibe, die ihr aber keine Beschwerden verursacht, nur der Umstand, dass sie seit circa ½ Jahr stark abmagert, führt sie zum Arzt. Sie will früher «dick und rund» gewesen sein, während sie jetzt mager und verfallen aussieht.

Gynaek. Untersuchungsbefund: Uterus nicht deutlich in toto palpabel, mit ihm fest verbacken ein unregelmässig gestalteter vielhöckeriger Tumor von dickwandig-cystischer Konsistenz, bis fast zum Nabel und der rechten Spina oss. il. reichend, mit dem Uterus zugleich beweglich. Diagn.: Tum. ovarii.— Laparotomie: Morph. Aethernarkose. Schnitt vom Nabel bis zur Symph. Der an die hintere Wand des Uterus fast adhaerente, mannskopfgrosse rechtseitige Ovarialtumor wird, um freieren Ueberblick zu gewinnen, angestochen, wobei sich trübe Flüssigkeit entleert, vom Uterus lospräpariert und abgetragen. Das linke Ovar. faustgross ebenfalls mit dem Uterus fest verbacken. Da die hintere Uterusfläche stark zerfetzt ist durch die Lösung des rechten Tumors, wird die Gebärmutter supravaginal amputiert und mit dem linken Tumor zusammen entfernt. Uebernähen des Wundbettes mit Periton. Bauchtoilette (geringer Ascites war vorhanden). Schluss der Bauchwunde in 3 Etagen.

Es handelt sich um ein Cystadenoma serosum seu papillare (mikrosk. Diagn.); diese Geschwülste finden sich meist doppelseitig intraligamentär entwickelt. Hier dagegen sind beide Tumoren retroligam. gelagert. Sie sehen, m. H., wie beiderseits die Tumoren auf ihrer nach vorn gelegenen Seite von den Tuben umgriffen werden (Demonstr. des Präparats). Pat. ist geheilt entlassen.

(Autoreferat.)

3) Dr. Kusik: M. H.! Ich möchte mir erlauben, mir auf einige Augenblicke ihre Aufmerksamkeit zu erbitten, um Ihnen einiges über die bisherige Tätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den 3 Ostseeprovinzen zu berichten.

Die Gesellschaft konstituierte sich im Oktober 1901 in Dorpat mit Prof. Dehio an der Spitze, nachdem sie im Juli 1901 ihre Bestätigung erhalten hatte. Kaum hatte der Verein seine Tätigkeit begonnen, als sich auch schon Unzulänglichkeiten im Statut zeigten. Riga nämlich wollte sich als Filiale konstituieren und kam mit einem Statutenentwurf ein, der die Bedeutung der Zentrale ernstlich gefährdete. Um einer Zersplitterung vorzubeugen, fand die Dorpater Zentrale keinen anderen Ausweg, als Riga die Verwaltung der Gesellschaft anzutragen, zumal in Riga naturgemäss das grösste Kontingent von Mitgliedern zu erwarten war. Riga akzeptierte das Anerbieten, der Dorpater Verwaltungsrat löste sich auf und Hr. Dr. Max Schmidt in Riga übernahm das Präsidium und es wurde zur Ausarbeitung eines Filialstatuts geschritten, um den Filialen eine gesetzmässige Basis zu schaffen.

Schon früher war hier in Reval eine Interessentengruppe, bestehend aus den Herren: Exzellenz Baron Budberg, Dr. Büttner, Dr. Greiffenhagen, Oberpastor Hahn, Redakteur Hörschelmann, Stadthaupt von Hueck, Konsul O. Koch, Dr. Kusik, Dr. Baron Maydell, Redakteur Mickwitz, Notarius Riesenkampff und Dr. Weiss zusammengetreten. Mit dieser unserer Gruppe nun trat der Rigaer Verwaltungsrat hinsichtlich der Schaffung eines Filialstatutes in Unterhandlung, es konnte aber trotz beiderseitigen guten Willens und trotz vieler Sitzungen eine Einigung nicht erzielt werden, da Riga als Zentrale nicht mehr ganz so stand, wie es als Filiale gestanden. Der Rigaer Verwaltungsrat schickte nunmehr, uns links liegen lassend, sein Filialstatut nach Annahme desselben durch die Generalversammlung nach Petersburg zur Bestätigung ein, welche auch im Mai c. erfolgte.

Um nun der hier in Reval und auch in ganz Estland völlig eingeschlafenen Tuberkulosesache wieder ein wenig nachzuhelfen, müsste unsere Stellung zur Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose geklärt werden und zwar müsste der Estländische Aerztetag diese Angelegenheit in die Hand nehmen, um die Entscheidung zu treffen, ob es für uns opportun ist, das Rigaer Filialstatut zu akzeptieren, oder ob es nicht geboten wäre, eine eigene Estländische Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose zu gründen. Ich erlaube mir daher folgende Proposition zu stellen: Der Estländische Aerztetag ernennt eine Kommission, die vielleicht aus den obengenannten Aerzten mit dem Recht der Kooptation zu bestehen hätte; diese entscheidet die obigen Fragen und geht auch gleich nach Verständigung mit dem Vorstande des Aerztetages—ohne einen Aerztetag selbst abzuwarten—aktiv vor und bringt die Sache in Fluss.

Diskussion:

Der Präses lehnt eine Beratung dieser Frage ab, da dieselbe nicht auf der Tagesordnung steht.

Dr. Weiss: Eine vorbereitende Kommission kann meiner Ansicht nach wohl gewählt werden, derselben wären aber nicht so weitgehende Rechte zuzugestehen.

Die Versammlung wählt darauf in die vorbereitende Kommission die Herrn DDr. Kusik, v. Maydell, Greiffenhagen, Büttner, Sohn, Kusmanoff und Haller, nachdem der Präses sich damit einverstanden erklärt hatte. Die Entscheidung der Frage wird demnach dem nächsten Aerztetage überlassen.

(Fortsetzung folgt.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Inspektor für das Medizinalwesen der Institutionen der Kaiserin Maria, Direktor der St. Petersburger Entbindungsanstalt, beratendes Mitglied des Medizinalrats, Ehrenleibakkoucheur Prof. emer. Dr. Fenomenow ist zum Mitgliede des Konseils der Philanthropischen Gesellschaft ernannt worden, unter Belassung in den übrigen von ihm bekleideten Aemtern und Würden.

— Ihr 50-jähriges Doktorjubiläum begingen vor kurzem der Direktor des pathologisch-anatomischen Instituts in Jena, Prof. ord. Dr. W. Müller und der Direktor des pharmakologischen Instituts in Bonn, Prof. ord. Dr. Karl Binz. Beide erfreuen sich noch einer guten Gesundheit.

— Am 5. August n. St. beging Prof. Dr. Fiedler in Dresden, Leibarzt des gegenwärtigen wie auch des vorhergehenden sächsischen Königs, seinen 70. Geburtstag und zugleich das Jubiläum seiner 40jährigen Tätigkeit als Oberarzt des städtischen Krankenhauses in Dresden-Friedrichstadt. Die Assistenzärzte (gegen 270 Mann), die unter ihm in dieser Zeit gearbeitet haben, stifteten eine Marmorbüste des Gelehrten für dieses Krankenhaus.

— Der berühmte Berliner Hygieniker Professor Robert Koch ist zum Ehrenmitgliede des Königlichen Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin ernannt worden. Prof. Koch ist bekanntlich im vergangenen Jahre von der Leitung des auf seine Anregung 1891 gegründeten Instituts zurückgetreten, hat aber sein Laboratorium in der Anstalt beibehalten, um in unabhängiger Stellung ganz seinen Forschungen leben zu können. Indem man jetzt Koch zum Ehrenmitgliede des Instituts ernannte, hat man offenbar zum Ausdruck bringen wollen, dass die Beziehungen des berühmten Gelehrten zu der so lange von ihm geleiteten Anstalt auch in Zukunft bestehen bleiben sollen. Professor Koch weilt gegenwärtig übrigens noch zu Studienzwecken in Südafrika.

— Nachdem vor ca. 14. Tagen, wie wir in der vorigen Nr. meldeten, der Berliner Gynäkologe Prof. Bumm bei einer Automobilfahrt schwere Verletzungen erlitten, ist neuerdings auf der Wettfahrt um den Herkommerpreis das Automobil eines zweiten Berliner Professors, des Orthopäden Dr. Hoffa, verunglückt. Prof. Hoffa ist jedoch unverletzt geblieben, während der Chauffeur einen Armbruch erlitten hat.

— Verstorben: 1) Am 7. August in St. Blasien (Würtemberg) unser Landsmann und ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, Prof. Dr. Otto v. Buengner, im 48. Lebensjahre. Der Hingeschiedene wurde zu Riga als Sohn des Bürgermeisters und späteren Stadthauptes Rob. Buengner geboren und widmete sich 1877 dem Studium der Medizin in Dorpat. Nach Erlangung der Doktorwürde i. J. 1884,

Digitized by Google

war er kurze Zeit Assistent der chirurgischen Klinik daselbst, setzte dann seine Studien in Deutschland fort und absolvierte 1886 in Marburg das Staatsexamen. Von 1886—1889 fungierte er als Assistenzarzt an der Volkmann'schen Klinik in Halle, um sich dann 1890 als Privatdozent für Chirurgie an der Universität Marburg zu habilitieren, an welcher er im Dezember 1894 zum ausserordentlichen Professor gewählt wurde. Bereits im Mai 1895 folgte er aber einem Ruf als Direktor und dirigierender Arzt an das Landkrankenhaus zu Hanau (Hessen-Nassau), an welchem er bis zu seinem Lebensende gewirkt hat und durch seine wissenschaftliche Tüchtigkeit und seine persönlichen Charaktereigenschaften eine geachtete Stellung einnahm. 2) In Koselsk Dr. Johann Tichomirow an Lungentuberkulose. Er hatte erst vor 2 Jahren den Kursus an der Tomsker Universität absolviert und war bis zu seiner Erkrankung Arzt an der Heilanstalt des Roten Kreuzes in Pjatigorsk. 3) Am 1. August in St. Petersburg der ausseretatmässige Ordinator der militär-medizinischen Akademie Dr. Boris Smirnicki im Alter von 31 Jahren. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1899 erlangt. 4) In Moskau der freipraktizierende Arzt Otto Jacoby im 47. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Kurland und bezog im I. Semester 1878 die Dorpater Universität behufs Studiums der Medizin, ging aber bereits nach 3 Semestern zur Moskauer Universität über, an welcher er 1883 den Arztgrad erlangte. Er beschäftigte sich speziell mit inneren Krankheiten und Kinderkrankheiten. 5) In Charbin der Ordinator des dortigen XII. kombinierten Feldhospitals Dr. Jakob Masin im Alter von 44 Jahren. Der Verstorbene hat an der Schlacht bei Mukden teilgenommen und bei dem fluchtartigen Rückzug nach der Schlacht durch einen Sturz vom Pferde ernste Verletzungen sich zugezogen, die zu seinem vorzeitigen Tode das ihrige beigetragen haben. Vor seiner Einberufung zum aktiven Dienst auf dem Kriegsschauplatz war M. freipraktizierender Arzt in Kassimow (Gouv. Rjasan) und Mitglied des örtlichen Eparchial-Schulkonseils.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Zum Hauptchef des Sanitätswesens beim Oberkommandierenden aller gegen die Japaner operierenden Land- und Seestreitkräfte ist der Chef der XIV. Infanteriedivision, Generalleutnant Iwanow, ernannt worden.

— Dem Hauptbevollmächtigten der Russ. Gesellschaft des Roten Kreuzes für den Tschitaschen Rayon, Hofmeister Peter v. Kaufmann, ist für ausgezeichnet eifrigen Dienst und Mühewaltung während der Kriegsoperationen der Weisse Adlerorden verliehen worden.

— Für bewiesene Mannhaftigkeit und Selbstverleugnung während der Belagerung der Festung Port-Arthur sind dem älteren Arzt der 10. Flottenequipage Dr. Ernst Fehrmann der St. Stanislausorden II. Klasse, sowie der St. Annenorden III. Klasse verliehen worden.

— Die Hauptverwaltung des Roten Kreuzes hat sich im Prinzip für die Revision und Umarbeitung der Statuten des Russ. Roten Kreuzes auf Grund der im gegenwärtigen Kriege gemachten Erfahrungen erklärt. Zu diesem Zweck wird eine Kommission gebildet werden, zu deren Arbeiten je ein Mitglied von den auf dem Kriegsschauplatz unter der Flagge des Roten Kreuzes in Aktion getretenen privaten Organisationen: der des Adels, der Landschaften, sowie der Städte Petersburg und Moskau, — hinzugezogen werden sollen.

— Infektionskrankheiten bei den russ. Armeen im Fernen Osten. — Wie der bekannte Kriegskorrespondent Boris Demtschinski aus Godsjadan den «Birsh. Wedom.» mitteilt, ist der Gesundheitszustand bei der Halbmillionenarmee im Fernen Osten in den ersten 4 Monaten ein ausnehmend guter gewesen. Infektionskrankheiten wurden in 8490 Fälle mit 275 Todesfällen registriert, darunter 1315 Dysenteriefälle, 3716 Grippefälle, 116 Pockenfälle, 761 Fälle von Unterleibstyphus, 369 Fälle anderen Typhus, 188 Fälle von Rose, 293 Fälle Milzbrand, 481 Fälle Skorbut und 1351 Fälle Febris recurrens. In demselben enormen Rayon wurden im Mai 1778 Fälle von Erkrankungen registriert, darunter 3 Fälle von Tetanus. Vom 1.—16. Juni wurden 1109 Erkrankungen registriert. Diese verhältnismässig sehr niedrigen Ziffern weisen in der Tat darauf hin, dass der Gesundheitszustand bei den Armeen ein überaus günstiger ist. Was die Evakuation der Kranken und Verwundeten anbetrifft, so wurden vom 4. Juni 1904 bis zum 4. Juni 1905 — 8306 verwundete und kranke Offiziere nach Charbin gebracht (5101 kranke und 3205 verwundete) und 233.294 Gemeine, darunter 121.394 kranke. Die Leichtverwundeten wurden ins Amurgebiet geschickt: es waren 80.693 Untermilitärs und 1815 Offiziere. Von diesen sind mittlerweile fast alle in die Front zurückgekehrt.

Von Universitäten, med. Instituten und Kongressen.

— Der Privatdozent der Moskauer Universität, Dr. zool. Koshewnikow, ist zum ausserordentlichen Professor dieser Universität auf dem Lehrstuhl der Zoologie, vergleichenden Anatomie und Physiologie ernannt worden.

— Die Leipziger Universität hat durch die Stiftung der Wittwe des verst. Wiener Professors der Geschichte der Medizin Theodor Puschmann eine Professur für Geschichte der Medizin erhalten. Auf diesen Lehrstuhl ist der Sanitätsrat Prof. Dr. Sudhoff, der sich hauptsächlich durch seine Paracelsus-Studien einen Namen gemacht hat, berufen worden. Bisher hatten von allen Universitäten im deutschen Sprachgebiete nur 3, nämlich Berlin, Wien und Graz, einen Lehrstuhl für Geschichte der Medizin.

Standesangelegenheiten.

— Auf Verfügung des Warschauer Generalgouverneurs sind drei Warschauer Aerzte — Dr. Kasimir Chelchowski, Ordinator am «Kindlein Jesu»-Hospital, Dr. Boleslaw Jakimjak, Ordinator am Pragaschen Hospital, und Dr. Rafael Radsiwillowitsch, Ordinator an der psychiatrischen Heilanstalt in Tworki, aus dem Dienst entlassen worden, und zwar auf Grund des Art. 788 des III. Teiles der Gesetzessammlung, welcher sich auf Dienstentlassungen wegen Unzuverlässigkeit bezieht.

— Im Balaschowschen Kreise (Gouv. Saratow) haben sämtliche Landschaftsärzte und auch das übrige medizinische Personal (im ganzen 40 Personen) den Dienst gekündigt. Veranlassung dazu haben die Vorgänge in Balaschow gegeben, wo bekanntlich zu einer privaten Sitzung versammelte Aerzte von einem Volkshaufen überfallen, die Landschaftsärzte Schmelëw und Newsorow verprügelt und durch Steinwürfe verwundet wurden und überhaupt Hetzen gegen die Intelligenz stattfanden, ohne dass die Polizei energisch eingeschritten wäre.

— Einen Mahnruf an sämtliche Aerzte Deutschlands zu noch energischerem Zusammenschluss erlässt der Leiter des Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen, Dr. Hartmann in Leipzig. Er sieht voraus, dass durch die von den deutschen Regierungen beabsichtigten Reformen der Arbeiterversicherung den wirthschaftlichen Interessen der Aerzte ernste Gefahren drohen, da unter den neuen Verhältnissen die Zahl der Versicherten zunehmen muss, die dann wiederum der freien ärztlichen Praxis entzogen werden.

— Einnahmen der Aerzte im Königreich Sachsen. — Von den 1568 in Sachsen praktizierenden Aerzten haben i. J. 1903 durch die Praxis eingenommen: 90 Aerzte nicht mehr als 800 Rbl., 165 gegen 1400 Rbl., 290 gegen 2150 Rbl., 320 nicht mehr als 3150 Rbl., 611 zwischen 3150 und 10,000 Rbl. und 92 mehr als 10,000 Rbl. (Brit. Med. Journ. — R. Wr.).

Epidemiologisches.

— Cholera. Da die Nachrichten in bezug auf die Cholera aus dem Russischen Reiche und den angrenzenden fremden Staaten fortdauernd günstig lauten, so hat die Allerhöchst niedergesetzte Kommission zur Verhütung und Bekämpfung der Epidemien mittelst Journalverfügung vom 29. Juli beschlossen, auch die Gouvernements Nishni-Nowgorod, Kasan, Ssimbirsk, Ssamara, Ssaratow, Ufa und das Uralgebiet für nicht mehr von der Cholera bedroht zu erklären. Bis auf weiteres werden jedoch die ärztliche Beobachtungspunkte in Kamyschin, in den Kirchdörfern Bogorodskoje und Dertjuli, ferner die Beobachtungspunkte auf der Wolga und ihren Nebenflüssen, sowie die Kreuzer Nr. 1 und 2 im Gebiet des donischen Kosakenheeres in Funktion belassen.

— Gelbes Fieber. In New-Orleans herrscht in hohem Grade das gelbe Fieber. Am 10. August n. St. sind dort 63 Neuerkrankungen und 7 Todesfälle festgestellt worden. Auch der römisch-katholische Erzbischof Chapelle ist ein Opfer des Fiebers geworden. Alle Läden sind geschlossen, da der Bür-

Digitized by Google

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:

Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:

Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:

Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:

Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin** C. 19, Seydelstrasse 16. (64) 10—8.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürft. i. H. **Friedrichroda** i. Thür.

Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. illustrierte Prospekte.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

(61) 17—7.

VICHY

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

ПОМОЩЬ ЧАХОТОЧНЫМЪ.

На каждые 3 случая смерти въ зрѣломъ возрастѣ (отъ 15 до 60 лѣтъ), одинъ вызванъ чахоткой, самой ужасной изъ современныхъ болѣзней человѣка, уносящей въ одной только Россіи ежегодно болѣе полумилліона людей!

Долго считавшаяся неизлечимой болѣзнью (пока ее лечили только лекарствами), чахотка теперь врачами признается самой излечимой изъ всѣхъ хроническихъ болѣзней. Это доказывается статистикой, которая ведется въ спеціальныхъ лечебныхъ заведеніяхъ, т. наз. санаторіяхъ, весьма распространенныхъ теперь за границей. Строгій режимъ укрѣпленія и закаливанія организма, примѣняемый въ санаторіяхъ, даетъ даже въ средней стадіи болѣзни, около 70% выздоровленій и стойкихъ улучшеній; а въ началѣ болѣзни около 90% всѣхъ больныхъ могли бы излечится въ сравнительно короткое время (отъ 4-хъ до 6-ти мѣсяцевъ), при точномъ исполненіи санаторнаго леченія.

У насъ же на всю Россію имѣются лишь 3—4 небольшія санаторіи, всегда переполненныя больными и окруженныя многочисленными кандидатами, тщетно ожидающими вакантнаго мѣста! Чтобы хоть отчасти пополнить столь существенный недостатокъ въ лечебныхъ учрежденіяхъ, Севастопольское общество борьбы съ туберкулезомъ задалось цѣлью устраивать въ Крыму общедоступныя санаторіи, преимущественно для лицъ средняго или малосостоятельнаго класса, ежегодно пріѣзжающихъ въ Крымъ для леченія и попадающихъ въ совершенно неблагопріятныя условія жизни въ частныхъ квартирахъ.

Но устройство и первоначальное оборудованіе санаторій требуетъ большихъ единовременныхъ затратъ, которыя не по силамъ одному мѣстному Обществу, а потому Правленіе Общества обращается съ горячимъ призывомъ ко всѣмъ добрымъ людямъ — помочь осуществленію этого великаго гуманнаго дѣла и тѣмъ спасти отъ преждевременной гибели тысячи молодыхъ жизней, погибающихъ въ расцвѣтѣ лѣтъ, вслѣдствіе недостатка въ надлежащемъ и современномъ леченіи.

Въ память о пострадавшихъ близкихъ лицахъ, которыя найдутся почти въ каждой семьѣ, въ помощь погибающимъ — посильными лептами помогите Обществу устроить лечебныя учрежденія, которыя спасутъ несчастныхъ больныхъ отъ тяжелаго, упорнаго, но излечимаго недуга!

Примѣчаніе: Подробная брошюра и уставъ О—ва высылаются Правленіемъ безплатно. Пожертвованія и членскіе взносы (отъ 3 хъ руб. ежегодно или 100 руб. пожизненно) адресуются въ Севастополь — Правленіе Севастопольскаго О—ва борьбы съ туберкулезомъ, а также принимаются въ С.-Петербургѣ, контора «Новое Время» — Невскій пр. 40 (отъ 10—5 веч.).

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.

Дозв. ценз. Спб., 12 Августа 1905г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

SEP 28 1905

XXX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga. **Dr. Rudolf Wanach.** St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. – Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 33 St. Petersburg, den 20. August (2. September). **1905.**

Inhalt: Dr. G. v. Engelmann: Die Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. — Dr. E. Terrepson: Zur physiologisch-mechanischen Therapie der Spermatorrhöe. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Fürbringer: Die Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes. — C. Pick: Kurzgefasste Hydrotherapie. — A. Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1903. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Protokolle des II. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini.

(Vortrag, gehalten auf dem XVI. Livländischen Aerztetage zu Dorpat am 19. September 1904.)

Von

Dr. G. v. Engelmann,

dirigierendem Arzt der Abteilung für venerische, Haut- und Harnkrankheiten am Stadtkrankenhause zu Riga.

(Schluss).

Die Möglichkeit des Eintrittes genannter Komplikationen und die gelegentlich infolge derselben eingetretenen Misserfolge und Todesfälle führen uns nun zu der Frage, welche die Voraussetzungen sind, unter denen wir die Operation als eine relativ ungefährliche und voraussichtlich Erfolg versprechende unseren Patienten empfehlen können und andererseits, was als Kontraindikation gegen die Vornahme des Eingriffes zu gelten hat.

Ueber diesen Punkt herrscht unter den Autoren noch keine vollkommene Einigkeit. Nach Freudenberg[2]), dessen Ausführungen ich hierbei folge, kann eine Indikation zur Vornahme der Operation schon in der häufigeren Wiederholung von akuter Urinretention, wie sie bereits im ersten Stadium der Hypertrophie beobachtet wird, gesehen werden. Zweifellos ist sie gegeben mit dem Augenblicke, wo man dem Patienten dauernd den Katheter in die Hand geben musste und zwar ist hier die Operation so bald wie möglich vorzunehmen, da dieselbe natürlich die besten Chancen bietet, solange noch keine Infektion eingetreten ist, während der Selbstkatheterismus fast mit absoluter Sicherheit zu einer solchen führt.

Eine Kontraindikation bildet jedoch weder eine Cystitis noch eine hochgradige Distension der Blase. Allerdings wird man bei einer Blase, die ihre Kontraktionsfähigkeit dauernd eingebüsst hat, nicht auf einen vollen Erfolg rechnen können.

[2]) l. c.

Hochgradigere Katarrhe mit jauchigem zersetztem Urin müssen vorher durch geeignete Behandlung gebessert werden.

Einseitige oder doppelseitige Pyelitis oder Pyelonephritis lässt dagegen den Eingriff schon nicht mehr als ungefährlich erscheinen, da der Eintritt einer Sepsis oder Pyaemie auch bei korrektester Operation im Bereich der Möglichkeit liegt. Wann man in diesen Zuständen eine Kontraindikation gegen die Operation zu erblicken hat, muss von der Schwere derselben unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes abhängig gemacht werden, «wobei die Gefahr der Operation gegen die durch die Krankheit gegebene Lebensgefahr und Lebensbeeinträchtigung sorgfältig abgewogen werden muss». Von vornherein abgelehnt soll die Operation auch bei diesen Komplikationen nicht werden, da sie hier, falls sie von Erfolg begleitet wird, direkt lebensrettend wirken kann. Dagegen soll bei bestehendem Fieber bei Epididymitis, septischen Zuständen nicht operiert werden. Ebenso ist bei Vorhandensein von Konkrementen in der Blase zuerst die Lithotripsie oder die Steinoperation vorzunehmen.

Ich selbst habe die Operation in den letzten 4 Monaten, seitdem ich durch die Neueinrichtung meiner Abteilung am Rigaschen Stadtkrankenhause dazu in den Stand gesetzt worden bin, bisher an 6 Patienten 8 mal ausgeführt (2 Patienten habe ich zweimal operieren müssen, um einen Erfolg zu erzielen).

Es handelte sich 4 mal um chronische komplete, 2 mal um chronische inkomplete Retention:

1. J. P. 74 a. n. Urinbeschwerden seit mehreren Jahren, im letzten Jahre Harnträufeln, häufiger schmerzhafter Urindrang. Seit einem Tage komplete Retention.

Reduzierter Ernährungszustand, Arteriosklerose, Prostata überapfelgross, ziemlich weicher Konsistenz. Polyurie (in 24 Stunden 3000 cctm. Urin).

Urin fast klar, keine Albuminurie, im Laufe von 3 Wochen keine Besserung bei Katheterbehandlung, Sitzbäder etc.

Cystoskopie: grosser Mittellappen, beiderseits vorspringende Seitenlappen.

8. April 1904. Operation nach Bottini.

Digitized by Google

3 Schnitte 3 ctm. nach hinten, 2 ctm. rechts, $2^1/_2$ ctm. links. Blutung unbedeutend.
Nachbehandlung 3 mal täglich Katheterismus und Spülung.
4 Tage post operationem beginnen sich die Schorfe abzustossen.
12 Tage p. op. beginnt anfangs spärliche spontane Urinentleerung.
4 Wochen post. op. vollkommen beschwerdefreie spontane Urinentleerung. Urin klar, Residualharn nicht über 50 cctm.
Genesen entlassen, stellt sich über 1 Monat später vor mit demselben günstigen Befund.
II. M. R., 71 a. n. Seit 10 Jahren Miktionsbeschwerden, seit 5—6 Jahren komplete Urinretention. Selbstkatheterismus.
Reduzierter Ernährungszustand, Arteriosklerose, Urin sehr trübe (Cystitis), enthält Albuminspuren.
Prostata orangengross, allseitig vergrössert, hart.
Cystoskopie: Mittellappen mässig vorragend, starke Seitenlappen.
Behandlung der Cystitis mit Blasenspülungen.
8. Juli 1904 Operation nach Bottini.
3 Schnitte — nach hinten 4 ctm, links und rechts je $3^1/_2$ ctm.
Anfangs ziemlich reichliche Blutung steht bald unter Verweilkatheter (24 Stunden) und Blasenspülung, im Laufe von 3 Wochen kein Erfolg.
28. Juli Wiederholung der Operation. 3 Schnitte — hinten $4^1/_2$, ctm., rechts $3^1/_2$, links 4 ctm.
Blutung sehr unbedeutend.
Bereits in der Nacht darauf entleert Pat. seine Blase fast vollständig.
10 Tage post. op. vollkommenes Wohlbefinden, freie schmerzlose Urinentleerung. Cystitis fast geschwunden. Residualharn erreicht höchstens 40 cctm.
Genesen entlassen.
III. J. L., 63 a. n. Seit 7 Jahren komplete Urinretention. Jetzt starke Schmerzen und bedeutende Hämaturie. Da das Vorhandensein mehrerer Blasensteine und einer beträchtlichen Prostatahypertrophie konstatiert wird: Sectio alta, Entfernung mehrerer Steine.
Die Prostata ragt in Form einer portio vaginalis uteri weit in die Blase hinein, von einer operativen Entfernung der Prostata muss abgesehen werden, da der Zustand des Patienten schnelle Beendigung der Operation erfordert. Naht der Blase. Glatte Heilung. Pat. entschliesst sich erst einige Monate später zur Operation nach Bottini, die am 21. Juli 1904 vorgenommen wird.
3 Incisionen $4^3/_4$, $3^3/_4$ und 4 ctm., anfangs starke Blutung, steht jedoch schnell unter Spülungen, kein Verweilkatheter
Bei Ablösung der Schorfe akute Blutung, die nach Applikation des Verweilkatheters steht. Im Verlauf von 3 Wochen kein Resultat.
13. August. Wiederholung der Operation. 3 Schnittte 6, 5 und 5 ctm.
Blutung gering.
Bis zum 3. September noch keine spontane Entleerung möglich, keine Beschwerden, doch muss der Urin nach wie vor per Katheter entleert werden. Verlässt das Krankenhaus ungeheilt.
IV. M. M., 78 a. n. Seit vielen Jahren Harnbeschwerden, seit einem halben Jahr beständiges Harnträufeln bei voller Blase. Vorübergehende komplete Retention. Seit 5 Tagen wieder komplete Retention.
Reduzierter Ernährungszustand Prostata p. rectum mässig vergrössert, mittelhart. Urin leicht getrübt, sauer, Albuminspuren.
Cystoskopie: starke Seitenlappen.
9. August. Operation: 3 Schnitte: $2^3/_4$, 3, 3 ctm.
Sehr geringe Blutung.
Am nächsten Tage beginnt bereits spontane Urinentleerung.
18. August. Residualharn 40 cctm.
20. August. Leichte Blutung, die einige Tage anhält, bei Abstossung der Schorfe.
21. September. Urin normal, noch ganz leichte schleimige Trübung, Cystoskopisch recht deutlicher Einschnitt sichtbar. Freie Urinentleerung. Residualharn 20 cctm. Subjektiv vollkommenes Wohlbefinden.
Genesen entlassen.
V. J. W., 71 a. n. Seit Jahren zunehmende Harnbeschwerden, seit 6 Wochen Harnträufeln. Residualharn 1500 cctm. Polyurie (24 Stunden: 4000.). Starker Kräfteverfall, Verdauungsstörungen. Urin trübe, alkalisch, Albuminspuren. Chronische inkomplete Retention mit starker Blasendistension.
Prostata allseitig stark vergrössert, hart. Cystoskopie: starke Seitenlappen.
21. September. Operation: 3 Schnitte $3^1/_2$, $2^1/_2$, 3 ctm.
Blutung mässig. Am nächsten Tage Temperatursteigerung 39.9. Temp. sonst stets normal.
Am 5. Tage beginnt die Urinentleerung leichter zu werden, langsame Besserung, Cystitis, Polyurie schwinden. Allgemeinbefinden bessert sich erheblich. Residualharn nimmt kontinuierlich ab.
30. Juni erscheint Pat. im Krankenhaus mit bedeutend gehobenem Kräftezustand. Urinentleerung beschwerdefrei, Urin fast klar. Residualharn 150, den Pat. einmal täglich mit dem Katheter entleert.
VI. J. D., 77 a. n. Chronische inkomplete Retention. Häufiger Harndrang, Harnträufeln, Schmerzen, seit einem $^1/_2$ Jahr. Residualharn 400 cctm. trüb, Albuminspuren.
Prostata stark vergrössert.
10. August. Operation: 3 Schnitte $3^1/_2$, $2^3/_4$, $2^3/_4$ ctm.
Blutung mässig stark hört ohne Anwendung des Verweilkatheters am nächsten Tage auf.
2 Wochen post op. Abgehen starker Schorfe, vorübergehende Temperatursteigerung.
Langsame Besserung der Urinentleerung und der Cystitis unter Spülungen.
Wesentlich gebessert entlassen mit 100 Residualharn, bei beschwerdefreier Urinentleerung.
Einige Monate später lässt sich das Fortbestehen des Resultates konstatieren, Residualharn übersteigt nicht 100 cctm.

Nachträglich möchte ich noch 2 Fälle hinzufügen, die seit dem Aerztetage bis zur Abfertigung dieses Vortrages zum Druck von mir operiert worden sind:

VII. R. L., 65 a. n. Seit $1^1/_2$ Jahren Miktionsbeschwerden, zeitweise Blutung, die einige Zeit anhielt. Seit 4 Tagen nach starker Blutung komplete Retention.
Prostata per rectum mässig vergrössert, hart. Urin bluthaltig.
Im Verlaufe von 4 Wochen keine spontane Urinentleerung zu erzielen, Blutung tritt dazwischen immer wieder auf. Cystitis wesentlich gebessert.
Cystoskopie: Mittel- und Seitenlappen stark vergrössert.
11. Juni. Operation. 3 Schnitte: $4^1/_2$, $3^1/_2$, $3^1/_2$.
Blutung gering.
Bereits in der Nacht darauf beginnt spontane Urinentleerung, Katheterismus, Spülung.
20. Juni. Beschwerdefreies Urinieren, Urin klar. Residualharn 80.
22. Juli. Entlassen als genesen. Residualharn unter 60 cctm.
Cystoskopie: Im Mittellappen eine deutliche breite Rinne zu sehen.
VIII. A. K., 64 a. n. Seit 5 Jahren Harnbeschwerden. Seit 1 Jahr komplete Retention. Selbstkatheterisieren.
Urindrang, Schmerzen, sehr gestörtes Allgemeinbefinden.
Urin eitrig, trüb, Albuminspuren.
Prostata. per rectum nur geringgradig vergrössert, normale Konsistenz.
Cystoskopie: starker Mittellappen, l. Seitenlappen grösser als rechts.
18. Juni. Operation: 3 Schnitte $3^1/_2$, 3, 4 ctm. Blutung minimal.
Bereits einige Stunden drauf entleert Pat. schmerzlos Urin.
Nach 12 Tage Wohlbefinden Urin nur leicht getrübt, Residualharn 50 cctm. Cystoskopisch rechts und links deutliche Einschnitte zu konstatieren.
Genesen entlassen mit vollst. freier Miktion. (Residualharn 25 cctm.) klarer Urin.

Kurz zusammengefasst ergeben meine Resultate folgendes:

Von 8 operierten Patienten wurden 5 geheilt, einer nach zweimaliger Operation, 2 (mit chronisch inkompleter Retention) wesentlich gebessert, während einer trotz zweimaliger Operation nicht beeinflusst blieb. Abgesehen davon, dass dieser letzte Fall durch eine 3. Operation eventuell doch noch geheilt werden könnte, ist dieses Resultat wohl entschieden als ein günstiges anzuerkennen, und ich habe mir erlaubt, Ihnen dasselbe hier mitzuteilen, um dazu beizutragen, auf dieses Operationsverfahren, das bei uns zu Lande noch keinen Eingang gefunden hat, die operierenden Kollegen aufmerksam zu machen.

Zur physiologisch-mechanischen Therapie der Spermatorrhöe.

Von
Dr. E. Terrepson in Dorpat.

Nach den Untersuchungen von Fürbringer und Clement müsste die sogenannte physiologische Spermatorrhöe als nicht existierend vollständig von einer

Digitized by Google

jeden Diskussion ausscheiden. Trotzdem ist es für mich persönlich eine Frage, die noch verschiedene Bedenken aufkommen lässt. Bei vorhandenen Spermatorrhöen unterscheidet man je nach der Ursache eine organische, konsekutive, die im Anschluss an entzündliche Zustände des Caput gallinaginis und der Ausführungsgänge des Ductus ejaculatorius, durch Excesse in Venere, Masturbation und Gonorrhöe zustande gekommen, und nervöse Formen, die ohne eigentliche Ursache auftreten. Gerade die letzten Formen und das jahrzehntelange gute Ertragenwerden derselben, ohne Abnahme der Potenz, lassen eine physiologische nicht als ganz ausgeschlossen erscheinen. Der Organismus entledigt sich eines jeden Excretes in angemessenen Pausen, er hat gegen ein jedes derselben nur eine ganz gewisse Toleranz. Wenn uns diese für gewisse Verrichtungen nicht in Erstaunen setzt, so kommt es daher, dass wir für diese Excrete keine anderweitige Verwendung haben. Andere Vorstellungen aber sind an die Produktion des Spermas und seine Verwertung gebunden. Wie oft nur dass Reservoir der Samenblasen entleert werden muss, ist bis heute, selbst bis auf den klassischen Ausspruch eines grossen Theologen, nicht annähernd präzise festgestellt worden. Wir sind es gewohnt, die Produktion von Sperma an den Eintritt der Pubertät gebunden zu finden, und sie mit der Reife des Individuums zur Erhaltung der Art in Verbindung zu bringen. Daher soll das Sperma auch während des Zeugungsaktes sein Ruhelager verlassen.

Bleibt dieser Akt aus, so wird es auf dem Wege der nächtlichen Pollutionen hinausbefördert, die normaler Weise mit erotischen Traumvorstellungen verbunden sein müssen. Das sind die 2 Wege, die wir als rechtmässige dem Organismus vindizieren. Nun ist es aber allbekannt, in wie unregelmässigen Intervallen die Pollutionen, die wir noch als normal anzusehen pflegen, auftreten, da der Zeitraum zwischen einer bis vier Wochen schwanken kann auch bei denselben abstinent lebenden Personen. Ist nun in einem solchen Falle eine geringere Spermaproduktion vorhanden, oder entledigt sich der Organismus desselben in unbemerkter, von uns unabhängiger Weise? Es sind meines Wissens noch nie in der Richtung Untersuchungen, zwischen der Häufigkeit der Pollutionen unter einander und eventuellen Ausscheidungen während des Defäkations- und Miktionsaktes zwischen 2 länger ausgebliebenen Pollutionen, oder dem Wegfall dieser Ausscheidungen nach vollzogener Cohabitation vorgenommen worden.

Ueber die Schwierigkeit einer derartigen Untersuchung bin ich wohl im klaren, da man dazu ein gesundes, einwandfreies Material braucht, sie wäre aber nur imstande obiges Verhältnis klarzulegen, ob es noch eine andere physiologische Ausscheidung von Sperma giebt, als die auf dem Wege des Coitus und der Nachtpollutionen. Wenn wir nun die Parallele ziehen zwischen der Häufigkeit der Miktion und Spermaabsonderung, so sehen wir, dass die Urinentleerung durchaus nicht immer entsprechend dem Füllungszustande der Blase vorgenommen wird, einmal schon darum, weil oft vorzeitige Mahnungen z. B. durch stark sauren Urin, Beeinflussung durch psychische Erregungen, indirekt psychisch als Nachahmungstrieb auftreten. Es fallen also hier durchaus nicht immer Entleerung mit notwendiger Entleerung zusammen. Das Sperma aber seinerseits hat nur das moralische Recht der Ausscheidung bei bewusstem oder unbewusstem Impulse (Nachtpollution) zur Cohabitation. Das Sperma nimmt also als Excret durchaus eine Ausnahmestellung ein, indem für seinen Modus der Ausscheidung nur die bestimmte Designierung zur Befruchtung, der eintretenden, der versuchten, oder der imaginären, die Betonung geschaffen hat. Als Excret des menschlichen Organismus hat es in der Physiologie sein Recht verloren.

Mit all diesen Ausführungen hängt wohl auch die Schwierigkeit der Therapie der Spermatorrhöen zusammen. Es giebt sehr wahrscheinlicher Weise eine physiologische Spermatorrhöe, die wir entschieden nicht kurieren werden. Weit entfernt bin ich jedoch, eine im Anschlusse an eine Gonorrhöa posterior auftretende Spermatorrhöe als physiologisch ansprechen zu wollen; diese wird sich sicher der Kur geben. Die Frage der physiologischen Spermatorrhöe vorläufig in der Schwebe lassend, da ich sie nicht beweisen kann, gehe ich auf mein eigentliches Thema ein, indem es darauf ankommt, die Zahl der Spermatorrhöen auf ein geringeres Maas herabzudrücken. Ich setze voraus, dass alle entzündlichen Zustände im prostatischen Teile bereits beseitigt wären, was wir ja durch Sonden, Argent. nitr., Zinklösung und Massage in der Hand haben.

Nicht umsonst unterscheidet man zwischen Miktions- und Defäcationsspermatorrhöen, denen ich als dritte noch die Erectionsspermatorrhöe anreihen möchte, die nach starken, ungelösten Erectionen zustande kommt, wobei das Secret der sogenannten «Urethrorrhoea ex libidine» durchaus nicht nur aus dem Secret der Littréschen und Lieberkühn'schen Drüsen besteht. In ihrer Harmlosigkeit käme die letztere zuerst, nach ihr die Defäcations- und dann die Miktionsspermatorrhöe. Stuhl und Harnentleerung stehen in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnisse, letztere pflegt wohl stets mitzuerfolgen.

Bei Entzündungen der pars posterior und des Blasenhalses sehen wir umgekehrt starken Stuhldrang auftreten. Wir sehen bei vorgenommenen Miktionen oft den Darm sich in leichtester Art mitbetätigen. Daher wird es begreiflich, dass bei Erkrankungen der Harnorgane der Darmtätigkeit die nötige Aufmerksamkeit gezollt werden muss.

Darmkatarrhe sind also bei Spermatorrhöen sorgfältig mitzubehandeln. Die Schwingungen aber in den Nervencentren «anovesicale» übertragen sich auch reflectorisch auf das Genitalcentrum, und das ist eben der Punkt, auf den es ankommt. Je mehr Ruhe man dem einen gönnt, um so mehr Ruhe gönnt man auch dem anderen.

Wenn die Samenbläschen ihren Inhalt abgeben, so sind verschiedene Möglichkeiten dazu vorhanden. Entweder ist die Füllung derselben stärker als der Schluss derselben, oder der Schluss ist relativ zu schwach, oder er wird relaxiert. Ich möchte hier nicht auf eine prinzipielle Untersuchung aller dieser Möglichkeiten eingehen, da sie zu weit führen würde.

In einem jeden Falle von Spermaaustritt ist der Samenblasenschluss funktionell zu schwach gewesen. Die Samenblase praesentiert dann als solche eine Kraft, oder neben accidentellen, eine Summe von Kräften, die den Schluss überwinden, oder der Schluss als solcher ist zu schwach um zu widerstehen, oder er wird zur Relaxion reflectorisch oder durch Hyperaemie angeregt. Die Kräfte nun, die den Druck in der Samenblase verstärken, sind erstens die vielbesprochene Bauchpresse, dann die zeitweilige Hyperaemie der Prostata, und drittens die reflectorische Miterregung des Ejaculationscentrums. Es ist genugsam bekannt, dass bei abnehmender Potenz die Morgenerectionen die letzten Erscheinungen derselben zu sein pflegen, dass Leute, die an Blasenschwäche leiden, alle Patienten mit Prostatahypertrophie am Morgen von einem häufigeren Miktionsbedürfnisse geplagt sind als im Laufe des Tages.

Dieses alles rührt von der Hyperaemisierung der entsprechenden Organe ab. Bei schwächerem Schluss der Samenausführungsgänge kann es dann nicht wundernehmen, wenn dieselben noch mehr distendiert werden und zwar durch Seitenzug von dem Prostatagewebe aus. Wenn derartige Leute nun am Morgen eine Defaecation vornehmen, so tritt bei ihnen das Sperma viel leichter

Digitized by Google

heraus als es abends geschehen würde, wo durch die Bewegung die Organe decongestioniert worden sind.

Eine weitere Rolle spielt bei benanntem Schwächezustande die Bauchpresse, in erheblicherem Grade, wenn sie mit Obstipation oder hartem Stuhl vergesellschaftet ist. Sie muss auf ein Minimum herabgesetzt werden. Das kann in zweierlei Weise geschehen. Erstens dadurch, dass man den Patienten dazu anhält, während des Aktes durch den Mund zu atmen und nicht Pressbewegungen zu machen, zweitens indem man ihm strengstens von der Hockestellung abrät. Die sitzende Pose mit bequem aufgesetzten Füssen ist die allerpassendste, da der Oberkörper dabei völlig von Spannungen entlastet wird und die Stossrichtung des Mastdarmes sich der Parallelen zur Samenblase nähert, während sie in der Hockestellung mehr der Senkrechten nahekommt. Damit aber die eventuell auftretende, reflectorische Reizung des Ejaculationscentrums ausbleibe, empfiehlt es sich, den Patienten seine Gedanken auf den Anus koncentrieren zu lassen, wobei man noch ausserdem den grossen Vorteil einer langsamen regelmässig einsetzenden Peristaltik hat.

Nach dem Gesagten käme es also darauf an, den Stuhl auf den Abend verlegen zu lassen, die Hockestellung zu vermeiden, die Bauchpresse nach Möglichkeit auszuschalten durch freies Atmen und Concentrierung der Aufmerksamkeit des Patienten auf das Stoma inferius. Diese ursprünglich theoretischen Erwägungen physiologisch-mechanischer Natur, haben mir in einigen Krankheitsfällen schon Erhebliches geleistet, weshalb ich sie den Herrn Kollegen zur geneigten Nachprüfung übergebe.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Fürbringer: Die Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes. II. Auflage. Hölder.

Die neue Auflage dieses bekannten Werkes ist, wie Verf. im Vorwort bemerkt, unter Beibehaltung der früheren Anordnung des Stoffes erschienen. Nach anatomischer und physiologischer Einleitung wird die Klinik der Störungen in drei grossen Abschnitten behandelt: die krankhaften Samenverluste, die Impotenz und die Sterilität. Diese Einteilung erschien aus praktischen Gründen wünschenswert, um dem Werk nicht den Charakter eines Lehrbuches, als welches es gedacht ist, zu nehmen, obgleich naturgemäss in der Praxis sich mehr Uebergangs- und Mischformen der einzelnen Störungen finden und das Nicht-Typische wohl die Regel bildet.

Das Buch trägt durchaus den Charakter der eminenten persönlichen Erfahrung des Verfassers und gehört, vielleicht gerade deshalb, zu den grundlegenden Werken der modernen Andrologie.

Wichert.

C. Pick: Kurzgefasste Hydrotherapie. 2. verbesserte Aufl. Wien und Leipzig. Braumüller 1905. Preis M. 5.60.

Verf. hat als längjähriger Assistent von Winternitz eine grosse Erfahrung auf dem Gebiete der Hydrotherapie. Besonders der allgemeine Teil seines Buches ist übersichtlich und lehrreich. In dem speziellen Teil werden wohl viele der durch ihre Kürze apodiktisch klingenden Aussprüche des Verfassers Widerspruch finden. Es fragt sich, ob es notwendig war, in dem offenbar doch nicht für Laien bestimmten Buch stets auf Symptomatologie, Aetiologie und medikamentöse Therapie einzugehn. Beispielsweise kann ich mich nicht mit dem Verfasser einverstanden erklären, wenn er (S. 93) sagt: «Angina pectoris, Stenocardie ist entweder nervösen Ursprungs, also bei Neurasthenie und Hysterie anzutreffen» und dann die Symptome: «anfallsweise auftretender Schmerz in der Herzgegend, Ausstrahlen in den linken Arm, bisweilen in den rechten mit Zurückbleiben des Gefühls von Taubsein» etc. aufzählt. In solchen Fällen sind doch wohl anatomische Veränderungen am Zirkulationsapparat nicht mit Sicherheit auszuschliessen. Ferner: (S. 94) «Vor Morphininjektionen bei Stenokardie müssen wir eindringlich warnen!» Warum? Ich glaube, dass kein praktischer Arzt bei schweren stenokardischen Anfällen ganz auf das Morphium wird verzichten wollen. S. 101 heisst es: «Solange bei der Pleuritis serosa das Fieber anhält, beschränke man sich mit der Diät am besten auf Milch, säuerliche Getränke, gekochtes Obst». Gerade bei der oft serösen Pleuritis tuberkuloseverdächtiger Subjekte wird m. E. eine kräftige Ernährung am Platz sein. S. 106, bei Besprechung der Tuberkulose heisst es: «Wir werden durch hinreichend fortgesetzte ... Kreuzbinden dem Patienten ein Privatklima und Verhältnisse schaffen, unter denen der Bazillus kaum gedeihen kann» ... Es wäre zu wünschen, dass dieser Optimismus berechtigt wäre! S. 123 Appendicitis: «Zur Stuhlentleerung ist die Verabreichung von Ricinusöl indiziert». (??) Ferner müsste doch heutzutage, wenn man schon die Gesamttherapie berücksichtigt, bei der Appendicitis der chirurgische Eingriff wenigstens **erwähnt** werden!

Wie mir scheint, hat der Verf. sein Kompetenzgebiet nicht genügend eingehalten. Der hydrotherapeutische Teil wird jedoch mit Recht dem Buch viele Freunde erwerben.

O. Moritz.

A. Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1903. XV. Jahrgang. Wiesbaden. Verlag von J. Bergmann. 1904.

Das Jahrbuch pro 1903 bringt alle neueren wissenschaftlichen Errungenschaften und sucht jedem Fortschritt in sorgfältiger Weise Rechnung zu tragen. Wir begegnen einer Reihe von neuen Arzneimitteln (Agurin, Alsol, Cerolin, Anthrasol, Isarol, Isopral, Dymal, Gonosan etc.) und erfahren über ihre Anwendungsweise und die bisherigen Erfahrungen; manche von den Arzneimitteln haben sich gut bewährt. Alsdann wird über das bis zum Jahr 1903 in manchen brennenden Fragen Geleistete referiert, so z. B. über Immunität, Immunisierung und Serumtherapie, die Lichttherapie in ihrer verschiedenen Anwendungsweise (Hautkrankheiten, inoperable Hautkarzinome, Erysipelas, Pocken etc.). Zum ersten Male wird hier des Paratyphus als einer «neuentdeckten Infektionskrankheit» Erwähnung getan. Das Kapitel «Organotherapie» berichtet über die Verwendung physiologischer Katalysatoren als Heilmittel (Cerebrin, Thyreoidin, Ovarin, Mammin-Poehl). Bei Rheumatismus werden als neue Mittel äusserlich die Salicylderivate Mesotan, Glykosal und Rheumasan angewandt. Mesotan wird mit gleichen Teilen Olivenöl vermischt und eingepinselt, Glykosal wird in 20% alkoh. Lösung gebraucht und Rheumasan, eine seifenartige Substanz, die 10% Salicylsäure enthält, ist 2—3 mal täglich einzureiben.

Lingen.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 3. November 1904.

Vor der Tagesordnung stellt Dr. A. v. Bergmann einen Fall von Aneurysma Aortae vor, welcher die Rippen usurirt hat (rechts); wegen starker Schmerzen, welche in den rechten Arm ausstrahlten, wurde die Subclavia und Carotis unterbunden. Der Erfolg war ein guter, die Schmerzen schwanden.

Auf die Frage von Dr. Voss, wie die Beeinflussung der Schmerzen durch die Operation zu erklären, meint Dr. v. Bergmann, der Erfolg wäre mechanisch zu erklären, der Druck auf die Nerven sei geringer, der Tumor selbst sei kleiner geworden. Die erschütternde Pulsation, unter welcher die Patientin sehr litt, sei auch bedeutend geringer geworden.

Gleichfalls vor der Tagesordnung spricht Dr. P. Klemm über einen Fall von Pyelitis calculosa; Dr. Schabert hatte hier die Operation propouiert. Das Roentgenbild zeigte einen faustgrossen Schatten; es blieb nun die Frage, ob ein Conglomerat, oder ein einzelner Stein vorhanden sei; die Niere wurde freigelegt, bei dem Schnitt durch die Niere quoll eine Kalkmasse hervor, auch kleinere Konkremente; die Steine gingen auch bis in den Urether hinein. Das Nierenbecken war gewissermaassen austapeziert mit der Kalkmasse. Es wurde das Nierenbecken ausgespült und wegen saurer Beschaffenheit des Harnes entschloss sich Vortragender die gespaltene Niere zu vernähen und zu versenken, also von einer zeitweiligen Drainage des Nierenbeckens abzusehen.

Der Erfolg der Operation war ein guter.

Dr. Schabert giebt die Krankheitsgeschichte des Falles: die Patientin entleerte mit dem Urin Konkremente, welche eine schalenartige Form hatten, woher anzunehmen war, dass die Konkremente gross seien, daher auch die Indikation zur Operation. Weil jedoch ein pyelitischer Katarrh bestand, wurde zuerst Gebrauch von Wildungen verordnet. Die Patientin giebt an, im Anschluss an eine Geburt erkrankt zu sein, hatte auch cystische Symptome; es war die Annahme daher wahr-

Digitized by Google

scheinlich, dass ein ascendierender Prozess vorlag; er stellte die Diagnose auf sekundäre Steinbildung, welche durch einen pyelitischen Katarrh verursacht war. Die Patientin hatte auch Harnverhaltungen durchgemacht, welche das Bild der Hydronephrose zeigten und nach einigen Tagen schwanden.

Dr. P. Klemm weist auf die Bedeutung der Roentgenstrahlen in diesen Fällen hin; da ein so grosser Schatten gesehen wurde, war auf spontane Ausstossung eines Steines nicht zu rechnen, es musste operiert werden; daher muss frühzeitig die Roentgen-Untersuchung gemacht werden.

Dr. v. Bergmann meint, man kann sich nicht immer auf R.-Untersuchung verlassen; er hat einen Fall erlebt, wo das R.-Bild einen Schatten gab und doch wurde kein Stein bei der Operation gefunden. Die Nierenblutungen hörten jedoch nach der Operation auf. Israel plaidiert in solchen Fällen für die Nephrotomie.

Dr. Schabert schliesst sich Dr. P. Klemm an, jeder Fall soll durch R.-Strahlen untersucht werden; vor 2 Jahren hat derselbe Fall ein negatives Resultat bei der Untersuchung gegeben, jetzt jedoch ein positives. Auch wenn Steine abgehen, weiss man nicht, ob viele oder wie grosse vorhanden seien.

Dr. P. Klemm: In einem Fall, wo bei der R.-Untersuchung ein Schatten von Haselnussgrösse zu sehen war, habe er bei der Operation zuerst keinen Stein gesehen, schliesslich in der Nierensubstanz selbst ein Konkrement gefunden.

Dr. v. Sengbusch erklärt, dass er in dem Dr. Bergmannschen Fall irrtümlicher Weise bei der R.-Untersuchung einen Stein angenommen habe, das Bild sei ohne das Blendenverfahren aufgenommen worden, daher nicht fehlerfrei gewesen. Oft seien 4—5 Aufnahmen nötig, um zur Gewissheit zu kommen, bis erbsengrosse Steine seien dann jedoch nachzuweisen.

Dr. v. Bergmann: Auch wenn kein Stein bei der damaligen R.-Aufnahme angenommen worden wäre, hätte er die Operation gemacht, da wegen der Blutung die Indikation vorlag. Im übrigen bestreite er die Wichtigkeit des R.-Bildes nicht.

Dr. v. Sengbusch: In einem Fall deckte sich der Stein mit dem pr. spinos. des 2. L.-Wirbels, nur durch günstige Lageveränderung bei der Exposition wurde der Stein schliesslich gefunden.

P. I. der Tagesordnung:

Dr. Schabert hält seinen angekündigten Vortrag über: Pyocyaneuspneumonie.

Vortr. berichtet über die Resultate seiner Untersuchungen eines Sputums und eines durch Punktion gewonnenen Pleuraexsudates, die ihn zu der Annahme zwangen, dass es sich um den seltenen Fall einer durch Pyocyaneus veranlassten entzündlichen Lungenaffektion handle.

Die klinische Geschichte des Falles ist kurz folgende: Pat. leidet seit mehreren Wochen an unbestimmter fieberhafter Erkrankung, deren Differentialdiagnose zwischen Typhus abd. und irgend einer Form septischer Erkrankung schwanken müsse. Am XII. Beobachtungstage auf der I. Abt. des Stadtkrankenhauses (Dr. Krannhals) wird über Husten geklagt und ein schleimig-eitrig-haemorrhagisches Sputum expectoriert; bald darauf Zeichen eines linksseitigen Pleuraergusses. Im weitern Verlauf metastatische Orchitis und Thrombose einer vena femoralis; schliesslich Thorakotomie mit Rippenresektion, wobei 1½ Liter Eiter entleert werden.

Die bakteriol. Untersuchung des Sputum hatte folgendes Ergebnis: Im Ausstrich des Sputums fand sich eine auffallend grosse Menge von Stäbchen, in jedem Gesichtsfelde hunderte; die Stäbchen haben eine ziemlich schlanke Form und sind absolut Gram negativ; ausser den Stäbchen keine andere Mikroorg. Auf Agarplatten Reinkultur: zarte, irisierende Kolonien, die rasch zu einem feuchten Pilzrasen verschmelzen. In einer grösseren Reihe von Abimpfungen ergab sich konstant: Verflüssigung der Gelatine und Fehlen von Gasbildung in Rohr-Milch- und Traubenzuckeragar.

Milch gerinnt bald, bald nicht; Kartoffel färbt sich stark braun und bedeckt sich mit feuchtem graubraunem Rasen. Verfärbung des Nährbodens tritt nicht überall auf, am schönsten aber im Rohrzuckeragar, der sich grün färbt, auch in Bouillon und Pepton. Barsickow'scher Nährboden wird bald rot, bald bleibt er unverändert. Blutkörperchen, in Pepton und Bouillon suspendiert, werden nach 24 M. bei 37° prompt gelöst. Weisse Mäuse werden in 12—36 Stunden sicher getödtet von ¼ Oese Agarkultur, sowohl bei subkutaner als bei intraperitonealer Applikation; bei letzterer haemorrhagische Peritonitis.

Die aus der Pleura gewonnenen Bakterien verhielten sich ebenso wie die beschriebenen und lagen gleichfalls in Reinkultur vor.

Nach dem kulturellen Verhalten müsse er den gefundenen Pilz in die Gruppe des Pyocyaneus einreihen, wohin er am ehesten hineingehört.

Da der Mikroorganismus sowohl im Sputum als in dem Pleuraexsudat in Reinkultur und in grosser Menge vorlag, so möchte er sich auch dafür aussprechen, dass derselbe eine pathogene Bedeutung habe und der Ursache entspreche für die entzündliche Lungenaffektion (wahrscheinlich lobuläre Pneumonie, mit consecutiver Pleuritis).

(Autoreferat).

Dr. Krannhals: er wolle einige Worte zum Fall als solchen und einiges im allgemeinen sagen: 1) der Patient habe wochenlang unter dem Bilde eines Typhus in seiner Abteilung gelegen, habe alle Erscheinungen des Typhus geboten, nur die Widal'sche Reaktion sei nicht gemacht worden; plötzlich Anstieg der Temperatur, auf der ganzen linken Seite Bronchitis, dann sehr kleines Exsudat; Sputum schleimig-eitrig, tagelang auch haemorrhagisch gefärbt; die Bronchitis sei sehr hartnäckig gewesen, das Exsudat gestiegen, das ganze Bild habe einen septischen Charakter angenommen; 2 mal sei punktiert worden, zuerst seröses Exsudat, etwas haemorrhagisch, das zweite Mal nur wenig entleert; die Sputumuntersuchung zeigte kolossale Massen von Diplokokken, semmelförmige; später sei plötzlich Pneumothorax aufgetreten, daher Verlegung des Kranken auf die chirurgische Station; in den letzten Tagen hätte sich Orchitis und Epididymitis eingestellt.

Die haemorrhagische Beimengung des Sputums wisse er sich nicht zu erklären; er dachte zuerst an einen Zerfallsherd, an eine bronchiektatische Caverne, doch war das Sputum geruchlos, daher kam er von diesem Gedanken zurück.

2) Inbezug auf die Pyocyaneus-Infektion bemerke er, dass er früher sich mit diesem Bazillus beschäftigt habe, z. B. bei einem Fall von Sepsis, wo der Pyocyaneus gefunden wurde. Schimmelbusch war damals gegen die pathogene Bedeutung dieses Pyoc.-bacillus, doch könne er dieser Auffassung nicht beitreten; später habe er noch einen zweiten Fall beobachtet. Er habe circa 200 Leichenteile auf Pyoc.-bac. untersucht, überhaupt auf alle die Gelatine verflüssigende und grünfärbende Bazillen, auf den spezifischen Pyoc.-Geruch. Die Platten werden von dem Pyocyaneus ganz überwuchert, die Gelatine verflüssigt; letztere erscheint rot, dann grünlich, dabei sei ein intensiver Geruch. Bei dem Schabertschen Falle könne er den spezifischen Geruch nicht konstatieren. Seiner Ansicht ist der Pyocyaneus in diesem Falle sekundär in die Lungenhöhlen gedrungen, in den Kulturen überwuchert eben alles. Auf ihn macht der Fall den Eindruck eines Typhus, kombiniert durch spätere Pyocyaneusinfektion.— In Leichenteilen ist der Pyocyaneus sehr selten gefunden worden, findet man ihn, so kann man annehmen, dass er schon intra vitam dagewesen sei.

Dr. P. Klemm: Der Pyocyaneus tritt gewöhnlich als Saprophyt auf, gilt gewöhnlich als nicht pathogen; er schliesst sich an Eiterungen an, ist dann durch Farbe und Geruch erkennbar; der Verlauf der Eiterung ist in diesen Fällen nicht durch ihn gestört, sie dauert eben so lange als wenn der Pyocyaneus nicht da wäre. Im grossen und ganzen ist es ein Keim, welcher sekundär auftritt; er wuchert sehr stark, verdeckt die anderen Kulturen; in einem solchen Präparat kann man dann nicht sagen, dass der Pyocyaneus allein da gewesen wäre, es ist ein Kunstprodukt, die anderen Bazillen sind verdrängt worden. Später hat man jedoch gesehen, dass auch der Pyocyaneus der Erreger von septischen Krankheiten sein kann. Die Einwände von Schimmelbusch hält er nicht für stichhaltig. In diesen Fällen entwickelt sich ein charakteristisches Krankheitsbild; charakteristisch ist der Befund am Darm, es handelt sich um einen oberflächlichen Zerfall der Schleimhaut; auf der Haut treten Petechien, Ekthyma auf. Der Fall von Schabert gehört seiner Ansicht nach zur ersten Gruppe, er hält ihn für eine sekundäre Infektion mit Pyoc.-bazillus. Es steht auch der Befund der Bazillen im Blut aus, was sehr wichtig ist.

Fälle von reiner Pyocyaneusinfektion sind ihm 3 bekannt, z. B. der Fall von Lungengangrän, von Brenner angeführt; letztere trat infolge einer Zahnextraktion auf.

Dr. v. Bergmann: Das Exsudat habe er für nicht charakteristisch nach dem Geruch für Pyocyaneus halten können.

Dr. Voss betont, dass die demonstrierte Kartoffelkultur nicht den intensiven Geruch zeige, den er früher bei den Krannhalsschen Kulturen wahrgenommen; bei den anderen Kulturen könne er überhaupt keinen besondern Geruch finden. Im übrigen bemerkt er, dass auch bei Ohrenerkrankungen oft der Pyoc. auftrete und schon gleich nach dem Geruch zu konstatieren sei.

Dr. P. Klemm giebt noch einmal dem Ausdruck, dass die Wunde bei dem Patienten den charakteristischen Geruch hätte haben müssen.

Dr. Schabert: Zuerst sind von Krannhals Kokken gesehen worden; es können dies kokkoide Formen des Pyocyaneus gewesen sein. In seinem eigenen Präparat seien nur Stäbchen, es ist hier keine polymorphe Form.

Digitized by Google

Er hat versäumt die Reaktion des Pyoc. auf die roten Blutkörperchen anzuführen, welche er ausgeführt hat. Die roten Blutkörperchen verschwinden, der Pyoc. löst sie auf; dies war hier der Fall. Das Blut ist freilich nicht auf Pyoc. untersucht worden, jedoch das Serum der Pleura; dies genügt, denn das Serum ist nicht mit Luft in Zusammenhang. Die Agglutinations-Probe habe er nicht gemacht, doch sei das eine noch nicht abgeschlossene Frage. Was den Geruch anbelangt, so geben die Lehrbücher nur einen leichten «Jasmingeruch» an. Der Farbstoff ist in einigen seiner Kulturen grünlich, in anderen bei Tageslicht besser zu unterscheiden. Die Frage, ob Typhus vorliegt, ist in diesem Fall nicht entschieden. Dr. Voss gegenüber betont er, dass die Kulturen des Pyoc. gar nicht so intensiv riechen.

Dr. Krannhals: Nach den Grössenverhältnissen der Kokken und Stäbchen ist eine Umwandlung nicht möglich.

Dr. Kröger fragt, ob das Material, aus welchem Dr. Schabert den Pyoc. züchtete, aus der Zeit stammte, wo der Pneumothorax bei den Kranken noch nicht entwickelt war, ob es nach der Entwickelung desselben zur Untersuchung kam.

Dr. Schabert erwidert, dass nach seinen Informationen ihm ein Material übergeben worden, welches aus der Zeit vor dem Pneumothorax stammte.

d. z. Sekretär Dr. Theodor Schwartz.

Protokolle des II. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval.

(Fortsetzung.)

4) Dr. Greiffenhagen stellt 2 Patienten mit bisher geheiltem Zungen-Mundbodenkrebs vor.

1. Pat. 43 a. n. Ausgedehntes Karzinom des Mundbodens, der unteren Zungenfläche und der Gingiva der rechten Unterkieferhälfte. Exstirpation nach temporärer Kieferdurchsägung (Langenbeck), Exstirpation der regionären Lymphdrüsen 14 Tage später. Endlich nach 3 Wochen Exstirpation der gl. submaxillaris. Heilung seit circa 3 Jahren, gute knöcherne Verwachsung des Kiefers. Sprache kaum verändert. Kau- und Schluckvermögen intakt.

2. Pat. 58 a. n. Karzinom des Mundbodens und der Zungenspitze. Excision der erkrankten Teile nach medianer Kieferspaltung (Kocher). Verlust circa eines Viertels der Zunge. Bisher (1½ Jahre) Heilung. Guter funktioneller Erfolg.

Dr. Greiffenhagen stellt ferner 2 Patienten mit eitrigen Sehnenscheidenentzündungen vor und betont die Notwendigkeit frühzeitiger breiter Freilegung der infizierten Sehnenscheiden eventuell unter Spaltung des Lig. carpi volare. Greiffenhagen demonstriert an einem der Patienten den guten Erfolg sofortiger schonungsloser Spaltung, während am anderen Patienten auswärts nur kleine Incisionen gemacht worden waren und dabei totale Vereiterung aller Flexorsehnen, Caries der Handwurzelknochen und totale Unbrauchbarkeit der Hand eingetreten war.

Dr. Greiffenhagen berichtet über 2 Ileusfälle: einen volvulus coeci und einen volvulus flexurae sigmoideae, beide laparotomiert und genesen. Im Anschluss an den mit Atropininjektionen vorbehandelten Fall von volvulus flexurae sigmoideae referiert Gr. über einige andere auch mit Atropininjektionen vorbehandelte Ileusfälle. Bei allen diesen Patienten fiel bei der Operation die reichliche arterielle Vaskularisierung der Mesenterial- und Darmgefässe, sowie die schöne, frische Farbe des Peritoneums auf, obgleich in einigen Fällen eine Drehung von circa 360° bestand und der volvulus über 36 Stunden bestand. Diese mit Atropininjektionen von den landischen Kollegen vorbehandelten Fälle sind nach der Operation genesen. Besonders interessant ist ein Fall: 36 jährige Bäuerin, 3 mal volvulus flexurae innerhalb zweier Jahre 2 mal laparotomiert, das erste Mal wurde die Roux'sche Anheftung der Flexur an die vordere Bauchwand (freilich nur mit je 2 Serosanähten) ausgeführt. Bei der zweiten Ileuslaparotomie fanden sich zwar die Narben, jedoch keine Verwachsung zwischen Bauchwand und S. romanum. Bei der 3. Laparotomie wurde die Totalresektion der flex. sigmoidea ausgeführt (Murphy Anastomose). Alle 3 mal Primaintentio. Jedes Mal fiel die gute arterielle Blutversorgung auf. Gr. ist daher ein warmer Anhänger der Atropinbehandlung in solchen Fällen, welche zur Operation gelangen sollen, warnt aber vor der Anschauung, dass das Atropin eine komplette Drehung beheben könne. Die Atropinbehandlung bezweckt nur die Beseitigung spastischer Kontraktionen des Darms und dessen reichlichere Blutversorgung. Gute Dienste leistet das Ext. belladonnae in der Behandlung akut-entzündlicher Darmerkrankungen mit Beteiligung der Serosa (Appendicitis).

(Autoreferat).

Diskussion:

Dr. Lockenberg: Der von Gr. referierte Fall ist bei einem vorhergehenden Anfalle von Ileus erfolgreich mit Atropin-Injektionen und Darmeingiessungen behandelt worden. Beim 2. Anfalle wurden die Atropin-Injektionen nur von teilweisem Erfolge begleitet, indem nach Abgang von Flatus der Zustand derselbe blieb. In bezug auf die gleichzeitige Anwendung von Atropin und Morphium ist zu bedenken, dass diese Mittel möglicherweise einander entgegenwirken.

Dr. Thomson: Atropin-Injektionen bei Darmlähmung scheinen eine positive Heilwirkung auszuüben, wie ein eklatanter Fall mir das bewies. Jedenfalls ist die Euphorie nach den Injektionen eine ausserordentliche.

Dr. Harms: Bei Darmwandbrüchen sind Atropin-Injektionen von Hause aus zu meiden, da auch nur ganz kurzdauernde Einklemmungen zu Gangrän führen, wie ich das des Häufigeren zu beobachten Gelegenheit hatte, wo nach Reposition eines eingeklemmten Darmwandbruches 24 Stunden später infolge aufgetretener Gangrän es zu septischer Peritonitis und letalem Ausgang kam. Atropininjektionen können verdeblich werden, falls sie in Spätfällen von Inkarzerationen zur Anwendung kommen, weil man durch das auftretende Wohlbefinden, wohl hervorgerufen durch Lösung der inkarzerierten Schlinge, veranlasst wird, von der Operation abzustehen. Es tritt dann nach längerer oder kürzerer Zeit der Darmverschluss von neuem auf, resp. führt die gangränös gewordene Schlinge doch noch zu septischer Peritonitis.

5) Dr. Baron Maydell weist auf ein alltäglich dem Arzte begegnendes Leiden hin, das häufig nicht die nötige Beachtung findet, während den Patienten doch leicht eine wesentliche Erleichterung geschafft werden kann. Es sind Frauen meist aus den ärmeren Schichten der Bevölkerung, die ziemlich allgemein gehaltene neurasthenisch gefärbte Klagen über abdominelle Beschwerden vorbringen. Mit dem ersten Blick auf das entblösste Abdomen der aufrecht stehenden Patientin erkennt der Arzt die Ursachen der Klagen, nämlich eine Ptosis viscerum. Bei genauerer Untersuchung wird sich die erste Annahme gewöhnlich bestätigt finden: Die Bauchdecken sind schlaff, der Darm, die rechte Niere oder auch noch andere Bauchorgane sind ptotisch. Mit dem blossen Anraten eine Bauchbinde zu tragen, ist der Patientin meist noch nicht geholfen. Es muss die Binde und das Anlegen derselben ad oculos demonstriert und den Patienten klar gemacht werden, dass die Binde den Zweck hat, den Leib von unten zu stützen, ihn nach oben und zugleich nach hinten zu heben; sie ist in Rückenlage anzulegen. Es genügt vollkommen eine gewöhnliche Leibbinde aus festem Stoff, die in der Mitte so breit ist, dass sie von der Symphyse bis zum Nabel reicht; an den Seiten geht sie in breite Bänder über, die sich hinten kreuzen und vorn über der Symphyse durch eine Schnalle fest zugezogen werden. Vortr. demonstriert eine derartige Binde, welche schon vielen Frauen als Muster für eine selbst angefertigte gedient hat. Die Erfahrung zeigt, dass die durch Zerrung der Aufhängebänder und Nervenplexus leicht erklärlichen Beschwerden bedeutend erleichtert werden und die Kranken ihre Binde garnicht mehr ablegen wollen. Es empfiehlt sich auch noch bei der Ptose gegen das Schnüren der Röcke anzukämpfen, und eine Befestigung derselben mittelst Knöpfen derselben an eine Untertaille anzuraten.

(Autoreferat).

Diskussion:

Dr. v. Wistinghausen: Die von Dr. Maydell demonstrierte Binde hat den Fehler, dass sie ohne eigenen Halt ist und infolge dessen ihre Wirkung nicht sicher garantiert ist. Man hat in neuerer Zeit Bauchbinden konstruiert, welche mit der Konvexität gegen die Bauchwand gerichtete Stahlspangen enthalten und einen der Ptose wirksam entgegenarbeitenden Druck ausüben.

6) Dr. Hirsch: «Demonstration eines Falles von Lues cerebri».

Pat. H. L., 38 a. n. Kaufmann, kinderlos verh., hat vor 8 Jahren Lues gehabt (was während der ersten Untersuchung am 29. August c. in der Revaler ambulator. Klinik strikt geleugnet wurde). Nachdem er in den letzten Wochen mehrmals leichte Schwindelanfälle gehabt, bemerkte Pat. am 26. August plötzlich während seiner Beschäftigung ein Gefühl von Vertauben und Schwäche im rechten Bein und in der rechten Hand, zugleich hatte er etwa 10 Minuten lang die Sprache völlig verloren; das Bewusstsein blieb erhalten. Die Sprache besserte sich danach rasch, und auch die übrigen Symptome allmählich, so dass er am folgenden Tage schon wieder ins Geschäft gehen konnte. An diesem und dem 3. Tage traten ähnliche Anfälle auf, welche auch spontan sich besserten. Am 29. August war der Status folgender: leichte Hemiparese der ganzen rechten Körperhälfte, Tietstand des rechten Gaumen-

Digitized by Google

segels, verlangsamte unbeholfene Sprache; alles andere, namentlich Sehnenreflexe, Pupillenreaktion, Sensibilität normal. Es wird über stechenden Kopfschmerz in der linken Schläfe, Schwindelgefühl und Flimmern vor den Augen geklagt. Pat. erhält Jodkali.

Am 31. August Nachts erneute Hemiparese und Sprachverlust. Danach bessert sich der Zustand unter beständigem Jodkaligebrauch fortlaufend, so dass Pat. am 15. September wieder seine Tätigkeit aufnehmen kann. Jetzt am 25. September bietet er ausser ganz geringer Schwäche der rechten Hand und etwas verlangsamter, nicht ganz deutlicher Sprache nichts Abnormes mehr.

Es handelt sich hier um einen tertiär-luetischen Prozess in der Gegend der linken Zentralwindung, im Gebiet der Zentra des Hypoglossus, Facialis und der Arm- und Beinnerven. Diese etwas seltenere Lokalisation giebt im allgemeinen eine bessere Prognose als die gewöhnlichere der Hirnlues an der Hirnbasis.

Lehrreich ist der Fall insofern, als man hier trotz allen Leugnens der Lues schon bei der ersten Untersuchung mit der allergrössten Wahrscheinlichkeit die Diagnose Lues cerebri stellen konnte wegen des ruckweisen Auftretens und des charakteristischen Kommens und Gehens der Symptome, wie sie bei keinem andern Gehirnprozess beobachtet werden. Die grosse praktische Wichtigkeit einer möglichst frühen Diagnosenstellung und danach eingeleiteten Therapie war die Veranlassung zur Vorstellung dieses fast geheilten Falles von Lues cerebri.

(Autoreferat.)

Diskussion:

Dr. Greiffenhagen fragt an, ob der vorgestellte Patient nach der Infektion systematisch behandelt worden ist und in welchem Verhältnis hirnluetische Erscheinungen von der Ausgiebigkeit der primären Behandlung abhängig sind.

Dr. v. Kuegelgen vermisst in der von Hirsch angenommenen Lokalisation des luetischen Prozesses an der Konvexität des Gehirnes die motorischen Reizerscheinungen und glaubt auch, dass die sensibeln Erscheinungen auf diese Weise nicht erklärt sind. Eine basiläre Arteriitis würde dem geschilderten Bilde mehr entsprechen.

Dr. Hirsch: Auf Kuegelgens Einwurf, es könne sich doch um einen Prozess an der Basis des Gehirns handeln wegen des Mangels an motorischen Reizerscheinungen, entgegnet Hirsch nachholend, es seien bei der ersten Untersuchung de facto ganz leichte Zuckungen im Facialisgebiet zu bemerken gewesen, aber auch wenn diese gefehlt hätten, so sprächen die Paresen, die motorische Sprachstörung, das Fehlen objektiver Sensibilitätsstörungen eklatant für die genannte Lokalisation in der motorischen Region. Auf Greiffenhagens Frage, ob ein besonderes Abhängigkeitsverhältniss zwischen ungenügend behandelter Lues und Lues cerebri bestehe, antwortet Hirsch, seines Wissens sei die Häufigkeit des Auftretens von Lues cerebri nach primärer Lues keine andere als die von tertiären Symptomen überhaupt.

7) Dr. Haller macht eine Mitteilung zur Nachwirkung des Diphtherieserums:

Vortragender berichtet über einen Fall, wo nach prophylaktischer Injektion von 400 J. E. in 1 cbctm. sehr spärliches allgemeines Erythem, Gelenkschmerzen und leichte Allgemeinerscheinungen, sowie am 7. Tage post inj. ein starkes lokales Erythem sich einstellten. In einem 2. Fall erhielt ein $1^1/_2$ jähriges Kind 2 mal je 1000 J. E. injiziert und erkrankte am 3. und am 11. Tage post inject. an schweren Allgemeinerscheinungen, Fieber bis 40,5, allgemeinem hochgradigem Erythem, erneuten Nasen- und Rachenerscheinungen und Gelenkschmerzen.

(Autoreferat.)

Diskussion:

Dr. Sohn weist darauf hin, dass das Auftreten von Exanthemen von individuellen Eigenschaften (Idiosynkrasien) abhängig zu sein scheine. In einem Falle, in welchem Mutter und Kind aus demselben Fläschchen Diphtherieserum eingespritzt erhalten hatten, erkrankte die Mutter nach Injektion von circa 1200 J. E. 24 Stunden nach der Injektion an einem handtellergrossen Exanthem an der Injektionsstelle, während der 2 Monate alte Säugling, der zur Immunisierung 300 J. E. erhalten, völlig gesund blieb.

Dr. Thomson: Es sind Exantheme auf Kosten des Diphtherieserums gesetzt worden, die mit diesem de facto nichts zu tun haben. Es giebt Fälle, in denen bei Angina ein Exanthem auftritt, das sehr grosse Aehnlichkeit mit dem Serum-Exanthem bot. Bei 4 Kindern, von denen 3 eine Injektion erhalten hatten, trat das gleiche Exanthem auf, obwohl das eine Kind gar kein Serum erhalten hatte. Dieses wäre somit ein Beispiel für den oben getanen Ausspruch.

Dr. Haller: Mein Referat soll keineswegs die Serum-Injektionen diskreditieren, ich möchte aber betonen, dass die Injektion schwerere, für den Arzt höchst unangenehme Vergiftungs-Symptome erzeugen kann, die diagnostische und prognostische Irrtümer hervorzurufen imstande sind. Exantheme und Gelenkschmerzen sind allerdings auch Begleiterscheinungen der Diphtherie, sind aber seit Serum-Anwendung bedeutend häufiger geworden (nach hochwertigem Serum 6 pCt.) zeigen eine gewisse Gesetzmässigkeit in der Zeit des Auftretens und lassen sich leicht von dem Diphtheriebilde abtrennen, auch ist es statistisch festgestellt, dass Exantheme häufiger nach bestimmten Serumserien auftreten und auch von der Menge des injizierten Serums abhängen. Im Sohn'schen Falle trat nach der geringen Menge beim Kinde kein Exanthem auf, nach der grossen bei der Erwachsenen aber wohl ein solches. Das würde also ganz für die Abhängigkeit von der Menge sprechen.

IV. Sitzung.

Sonntag, den 26. September von 10—2 Uhr vorm.

1. Fortsetzung der Diskussion.
(Sanitätsreform.)

ad b) Armenhausrevisionen:

Dr. Kupffer: Dr. Grohmann macht als Mitglied der Kommission (brieflich) den Vorschlag, die Armenhäuser nicht einmal jährlich, sondern blos all' ander Jahre zu revidieren, da er befürchtet, von dem Landschaftsarzte werde so viel sanitäre Tätigkeit verlangt, dass er in seiner Praxis behindert werden würde.

Dr. Kusmanoff: Zu dem Grohmann'schen Vorschlage habe ich zu bemerken, dass meiner Ansicht nach die Revisionen doch jährlich stattfinden sollten. Die Armenhäuser haben meist wenig Insassen, sodass blos die erstmalige Besichtigung mehr Zeit in Anspruch nehmen dürfte. Da die Armenhäuser sich gewöhnlich in der Nähe der Gemeindehäuser oder Schulhäuser befinden, so sind sie nicht schwer zu erreichen

In bezug auf den Punkt des Kommissionsberichts, der von der Begutachtung der Unterstützungsbedürftigen handelt, möchte ich proponieren, denselben dahin zu ändern, dass der Landschaftsarzt die ihm von der Gemeindeverwaltung vorgestellten einer ansteckenden Krankheit verdächtigen oder zur Aufnahme in das Armenhaus bestimmten Personen zu untersuchen hat.

Dr. Kupffer: Als Sanitätsarzt habe ich die Erfahrung gemacht, dass es sehr wichtig ist, dass der Gemeinde ein ärztlicher Berater und Begutachter bei der Verteilung der Unterstützungen zur Seite steht. Ich habe das etwa so gemacht: Alle Unterstützungsbedürftigen wurden nach einer Besichtigung ärztlich begutachtet und dabei festgestellt; 1) die vorhandenen Leiden und die durch diese bedingten Gefahren für die Umgebung, 2) die Heilbarkeit der Leiden, 3) die Arbeitsfähigkeit der Begutachteten. So gelang es a) die Gemeindeverwaltung auf medizinischem Gebiete durch Demonstration der Krankheiten zu belehren, b) die gemeingefährlichen Leiden besonders bekannt zu machen, c) Personen mit ansteckenden Krankheiten von der Aufnahme in's Armenhaus auszuschliessen, d) solche, welche durch eine Kur wieder arbeitsfähig werden konnten, auf Gemeindekosten diese Kur durchmachen zu lassen, e) Arbeitsfähige aus der Zahl der Unterstützten auszuschliessen und andererseits wirklich Erwerbsunfähigen eine Unterstützung zu verschaffen.

Der Sanitäts- oder Landschaftsarzt ist dann auch quasi als Pionier für die Irrenanstalt, das Leprosorium etc. anzusehen. Er hat die Fälle zu entdecken und die Ueberführung in die Anstalten vorzubereiten. Ob aber die Kollegen in Estland, die Vereinsärzte sind, sich so eingehend z. B. mit den Leprösen beschäftigen wollen und ob diese Tätigkeit nicht ihrer Praxis schaden wird, das ist eine andere Frage. Ich bitte daher sich über diesen Punkt auszusprechen. Der Lepraarzt wird seine Tätigkeit ja nicht ganz einstellen können, wenn die Sanitätsreform eingeführt wird. Es wäre nur schön, wenn er durch die Landschaftsärzte unterstützt würde.

Dr. Heidenschild: Ich muss mich gegen die Ueberwachung der ausserhalb der Anstalt lebenden Leprösen durch die Landschaftsärzte aussprechen, weil die Leprosorien dann eher ihre Kranken entlassen werden und die notwendig gewordene Vergrösserung der Anstalten leichter unterbleiben wird und weil die Privatpraxis der Landschaftsärzte infolge der oben genannten Verpflichtung leiden kann, indem das Publikum aus Angst vor der Lepra solche Aerzte meiden wird.

Dr. Schröter: Die innerhalb ihres Bezirkes lebenden Leprösen muss der Landschaftsarzt durchaus zu kontrollieren haben, um die Gefahr der Ansteckung der Umgebung auf das Mindestmass herabzudrücken. Wenn der Landschaftsarzt die Epidemien bekämpfen soll, so dürfte er der Lepra gegenüber keine Ausnahme machen.

Digitized by Google

University of ...

Dr. Greiffenhagen: Ich befürchte wie Kollege Heidenschild, dass bei der Beaufsichtigung der Leprösen durch die Landschaftsärzte einer Dezentralisation in bezug auf die Isolierung Vorschub geleistet wird. Andererseits hoffe ich, dass das Publikum in der Ueberwachung der Leprösen ein Moment der Beruhigung sehen wird. Es ist dann die Garantie dafür geboten, dass alles zur Eindämmung der Seuche geschieht. Als Aufgabe der Landschaftsärzte möchte ich es ansehen, auch in dieser Richtung aufklärend über die Natur und die Ausbildung der Lepra im Publikum zu wirken, welches dann gewiss auch allmählich seine übertriebene Furcht verlieren wird.

Dr. v. Nottbeck: Die Begutachtung von Verwandten Lepröser findet durch die Kreisärzte statt. Jedoch hätte der Landschaftsarzt viel bessere und häufigere Gelegenheit den Leprösen in seinem Heim zu besuchen. Auch ist es der Gemeinde leichter den Kranken dem Landschaftsarzt vorzustellen als dem oft weit entfernt wohnenden Kreisarzte.

Dr. Tomberg: Was ist das Minimum der Zahl von Untersuchungen, die der Landschaftsarzt jährlich mit einem Leprösen vorzunehmen hätte?

Dr. Kupffer: Vom Standpunkt der Leprafrage ist es entschieden wünschenswert, dass die Landschaftsärzte durch Forschen nach neuen Fällen und Ueberwachen der ausserhalb der Anstalten lebenden Leprösen möglichst regen Anteil am Kampfe gegen diese Seuche nehmen. In Norwegen hat sich dieses System vermöge der dort reichlich vorhandenen Landarztstellen sehr bewährt. Der Sanitätsbeamte muss der Gemeinde gerade in dieser schwierigen Frage stets ein treuer Ratgeber sein. Sehr viel Mühe würde ihm auch nicht durch diese Tätigkeit erwachsen. Beim Auffinden eines Leprafalles hätte er denselben sofort der Gemeinde und dem Lepraarzte anzuzeigen und die Ueberführung in die Wege zu leiten, worin der Lepraarzt ihn nach Kräften unterstützen würde. Die Ueberwachung zu Hause Isolierter hätte zu bestehen in mehrmals jährlich vorzunehmenden Untersuchungen (3—4 mal) des Kranken und seiner Hausgenossen und in der Meldung vom Eintritt einer Verschlimmerung welche die Aufnahme in's Leprosorium bedingt. Sodann hätte er bei eventuell nötigen Desinfektionen die Gemeindebeamten anzuleiten und bei Klagen über ungenügende Isolierung des Leprösen, das Heim desselben daraufhin zu besichtigen. Ich meine die Hauptsache ist, dass alles geschieht, was in unserer Macht liegt, um den Kampf gegen den Aussatz erfolgreich zu machen. Ich schliesse mich darin den Aeusserungen des Kollegen Greiffenhagen an und hoffe auch, dass das Publikum ein Verständnis für die Notwendigkeit der Heranziehung der Landschaftsärzte im Kampfe gegen die Lepra allmählich gewinnen wird, wie ich das in meinem früheren Amtsbezirke in Livland erlebt habe. Dennnoch muss ich zugeben, dass für die Landärzte es entschieden prekär ist, so ohne weiteres die Ueberwachung der Leprösen zu übernehmen bei den zur Zeit herrschenden Anschauungen. Ich wollte eben darauf hinweisen, dass dieser Punkt reiflich zu überlegen ist. Was die Dezentralisation anlangt, so ist sie meiner Ansicht nach weder zu befürchten noch geplant. Nach der jetzt geübten Methode, wird jeder Leprafall, wenn es möglich ist, sofort zur Aufnahme gebracht. Wer sich der Aufforderung widersetzt, kann vor die Gouvernementsleprakommission zitiert werden, welche Isolierung dekretiert und welche bei häuslicher Isolierung schwerer Fälle so strenge Bedingungen stellt, dass ein Bauer diese Bedingungen kaum erfüllen kann. Daher wird wohl jeder Lepröse die Ueberführung in die Anstalt vorziehen. Ich suche es jedoch mir so einzurichten, dass die Kranken freiwillig eintreten. Alle auch nur einigermassen schweren Fälle werden also immer in der Anstalt interniert sein. Nun giebt es aber solche sog. latente Fälle, wo die Symptome verschwunden sind und solche, wo die Krankheit in leichter Form auftritt. Diese sollen also überwacht werden. Dann wären noch zu kontrollieren diejenigen Fälle, die zeitweilig ausserhalb der Anstalt leben. Dafür dass schwerkranke Lepröse nicht den Eintritt in die Anstalt verweigern und häusliche Isolierung vorziehen, dafür wird die Leprakommission sorgen. Und die Anstalt wird viel leichter ihre Insassen vom Austritt, zurückhalten können, wenn dieselben draussen nicht tun und treiben können, was sie wollen, sondern einer Kontrolle unterliegen. Was den Punkt Erweiterung anlangt, so sind im Leprosorium in den letzten Jahren $^2/_3$—$^3/_4$ aller bekannten Leprösen isoliert gewesen. Die Zahl der in Estland vorhandenen tuberösen Leprösen ist noch nicht so gross, dass sie nicht alle im Leprosorium Platz finden könnten. Da wir noch nicht wissen, wie viel faktisch in Estland Lepröse vorhanden sind, so wäre erst die Zahl der lebenden Leprösen genau festzustellen, bevor man zu Erweiterungen schreitet. Bisher hat die Zahl der lebenden Kranken seit den letzten 3 Jahren 100 nicht überstiegen. Zur Feststellung der tatsächlich im Lande vorhandenen Leprakranken, sollen eben die Landschaftsärzte herangezogen werden. Bisher hat zur Erweiterung des Leprosoriums über die statutenmässigen 60 Betten kein Grund vorgelegen, da stets mehr als $^1/_3$ der Kranken im Leprosorium isoliert war. Durch häusliche Isolierung, welche doch nur für leichte oder sehr gebesserte Fälle genügt, wird man die notwendig gewordene Erweiterung des Leprosoriums nicht umgehen können. Der Grund, warum vom Standpunkt der Leprafrage die Ueberwachung der ausserhalb der Anstalt lebenden Kranken gewünscht wird, ist nicht der, die Anstalt zu entlasten, sondern eine genügendere Kontrolle der sich zu Hause befindenden Kranken zu ermöglichen.

ad c) Kontrolle der Hebammen:

Dr. Kusmanoff: Für die Landschaftsärzte, welche in ihren Bezirken Landpraxis betreiben, ist die Beaufsichtigung der Hebammen eine leichte Aufgabe, während für die in den Städten lebenden Landschaftsärzte eine solche Kontrolle auszuüben sehr schwierig ist.—Zu den Verpflichtungen der Landschaftsärzte wäre meiner Ansicht nach auch zu rechnen die Anstellung von Nachforschungen auf Grundlage der bei ihnen über die Hebamme erhobenen Klagen.

Dr. v. Keyserlingk: Die Hebammen sollen verpflichtet werden in gewissen Zeiträumen statistische Berichte über ihre Tätigkeit an den Landschaftsarzt einzusenden. Daraus kann dieser sich ein ungefähres Urteil über ihre Tüchtigkeit bilden und somit die Hebammen einigermassen kontrollieren.

Dr. v. Nottbeck: Da die Hebammen dem Landschaftsarzte direkt subordiniert sind und berechtigte Beschwerden Gehör finden müssen, so sind eo ipso eventuelle Klagen dem Landschaftsarzte einzureichen.

Dr. Kupffer: Die Anstellung und Gagierung von Landhebammen ist meiner Ansicht nach die brennendste der hier diskutierten Fragen, da ja auf der Landeshebammenschule für Estland jährlich eine Anzahl Hebammen ausgebildet werden. Diese finden nun durchaus nicht immer feste Anstellungen und genügendes Auskommen auf dem Lande. Es liegt also die Gefahr vor, dass die Landhebammen wieder vom Lande fortziehen werden, ja es ist nicht ausgeschlossen, dass der Zuzug zur Hebammenschule sich verringern dürfte, wenn nicht für auskömmliche Landhebammenposten gesorgt wird. Was die Taxe für die Hebammen auf dem Lande anlangt, so muss man die sog. alten Weiber unterbieten und der Hebamme deshalb ein hohes Fixum verschaffen, damit sie im Benutzungsfalle mit einer Kleinigkeit zufrieden sein kann und kein Bauer durch hohe Preise abgeschreckt wird. Ferner müssen die Höfe ihren Knechten ermöglichen, die Hebamme auf Kosten der Besitzer zu benutzen, weil die Knechte sonst entweder das beliebtere und billigere «alte Weib» oder den vom Gutsbesitzer honorierten Gutsarzt rufen, wie sie es jetzt oft zu tun pflegen, wenn sie der Hebamme selbst zahlen müssen. Zu der Fixierung der Höhe des Jahresfixums möchte ich bemerken, dass diejenigen Hebammen, welche ihre Ausbildungskosten selbst bestritten haben, wohl gerechter Weise auf ein höheres Fixum Anspruch haben.

ad d) Impfwesen:

Dr. Kusmanoff: Die Kontrolle des Impfers bei Ausübung des Impfens würde den Landschaftsarzt zu sehr überbürden, daher schlage ich vor diesen Punkt zu streichen.

Dr. Kupffer: Ich habe nicht gemeint, dass der Landschaftsarzt den Impfer während jeder Impfung beaufsichtigen soll, sondern dass derselbe Aufsicht darüber auszuüben hat, wie der Impfer das Impfgeschäft betreibt. Er soll also den Impfer eine Probeimpfung in seiner Gegenwart vornehmen lassen und bei Gelegenheit nachkontrollieren.

Dr. v. Nottbeck: Ich meine auch, dass der Impfer eine Stichprobe zu machen hat, welcher der Landschaftsarzt beiwohnt. Was die Berichte an das Impfkommitee anlangt, so sollte der Landschaftsarzt diese selbst zusammenstellen.

Dr. v. Wistinghausen: Ich meine dieser Punkt der Instruktionen müsste denselben Wortlaut haben, wie der betreffende Abschnitt des Impfreglements.

Dr. v. Nottbeck: Zu den Instruktionen für den Landschaftsarzt möchte ich noch bemerken, dass meiner Ansicht nach der Landschaftsarzt mehr seine Tätigkeit zuwenden sollte der Bekämpfung von Epidemien als der Besichtigung von Schulen und Armenhäusern.

Dr. Kupffer: Ich glaube nicht, dass der Landschaftsarzt mehr auf dem Gebiete der Bekämpfung von Epidemien übernehmen kann als in den Instruktionen angegeben ist. Ich meine, wer eine Anzahl Gutshöfe zu versorgen hat, der kann nicht tagelang in einem Dorfe sitzen, absperren, desinfizieren etc. Das müssen andere Personen übernehmen. Man hat deshalb wohl ganz richtig von Hülfssanitätsärzten gesprochen, welche aus den Städten bei grossen Epidemien abzudelegieren wären, falls man sich nicht mit einem Kreisfeldscherer begnügt. Mir will es sogar scheinen, dass so mancher Landarzt meint, schon die verlesenen Verpflichtungen seien zu grosse. Die Wichtigkeit der Tätigkeit des Landschaftsarztes auf dem Gebiet des Schul- und Armenwesens scheint mir darin zu liegen, dass in

Digitized by Google

diesen Gemeindeanstalten, wo es wirklich möglich ist Epidemien erfolgreich zu bekämpfen, solches faktisch geschieht, dass ferner die Jugend schon in der Schule, wo sie noch dafür empfänglicher ist, die elementarsten Begriffe von Hygiene in sich aufnimmt und dass endlich die Lehrer und Gemeindebeamten ihre medizinisch-hygienischen Kenntnisse erweitern und in ihrem Vorgehen bei Epidemien im Dorf am Landschaftsarzte eine Stütze haben. Ich glaube auch, dass die Bekämpfung einer Epidemie im Dorf nicht eher von Erfolg gekrönt sein wird, als bis dort Personen leben, welche von Jugend auf an hygienische Massnahmen gewöhnt sind.

Zur Frage der Anstellung von Landschaftsärzten in Anlehnung an einen Bezirksarztverband und ohne eine solche äussert der Präses, dass das Projekt damit rechnet, dass alle Landärzte zugleich sanitäre Funktionen als Landschaftsärzte übernehmen. Es fragt sich nun, ob im Prinzip das erwünscht ist.

Dr. Meder: Es ist sehr erwünscht, dass jeder Landschaftsarzt, wenn irgend möglich, zugleich in seinem Bezirke praktiziert.

Dr. Heidenschild: Ich möchte feststellen, ob die Gage von rund 600 Rbl. genügend ist für solche Landschaftsärzte, welche nebenbei nicht auch Bezirksärzte sind, im Vergleich mit der von ihnen geforderten Arbeit.

Dr. v. Nottbeck: Bei 500—600 Rbl. jährlich wird der Landschaftsarzt, wie ich glaube, wenn er etwas Uebung hat, die ihm überwiesenen Aufgaben bewältigen können, ohne sich über schlechte Honorierung beklagen zu müssen.

Dr. Weiss: Ich möchte die Frage anregen, ob die Landschaftsärzte, welche nicht auf dem Lande in ihren Bezirken leben, nicht extra Fahrgelder erhalten können.

Dr. Kupffer: Es ist ganz natürlich, dass diejenigen Landschaftsärzte, welche nicht innerhalb ihres Bezirkes wohnen oder sonst keine Fahrten in ihrem Bezirke machen, höhere Honorarsätze beanspruchen können. Die Ritterschaft erwartet in solchen Fällen auch höhere Forderungen, was schon aus der Frage hervorgeht «und ob auch solche in nahstädtischen Bezirken möglich ist» (nämlich die Anstellung von Landschaftsärzten mit einer Jahresgage von rund 500 Rbl.). Ich habe mich nun noch speziell darnach erkundigt und erfahren, dass weder Schiesspferde noch Fahrgelder erhältlich sein werden, dass aber solchen Aerzten, die für ihr Gefährt mehr ausgeben müssen, höhere Fixa als Landschaftsärzte bewilligt werden können. Was die Anstellung von Landschaftsärzten für nahstädtische Bezirke anlangt, so möchte ich bemerken, dass ihnen die Fahrten entschieden teurer zu stehen kommen werden, dass sie gerade aber wieder oft die Bahn benutzen können und mehrere Schulen an einem Tage zu besichtigen imstande sein werden. In landischen Bezirken wäre die Anstellung von Landschaftsärzten ohne Anlehnung an Bezirksverbände nur dann möglich, wenn der betreffende Arzt mehrere Sanitätsbezirke in seiner Hand vereinigt und dem entsprechend honoriert wird. Ganz verfehlt scheint es mir zu sein, auf dem Lande einen Landschaftsarzt mit einer Gage von 500 Rbl. zu plazieren, ohne zugleich dafür zu sorgen, dass er durch sonstige Einnahmen sein Auskommen hat. Zum Schluss möchte ich noch an die Landärzte die Frage stellen, ob sie auch neben ihrer Güterpraxis so viel Zeit haben werden eine sanitäre Tätigkeit auszuüben.

Dr. Frey: Die Landärzte werden gewiss so viel Zeit erübrigen können.

Die Instruktionen für die Landschaftsärzte werden von der Versammlung angenommen, jedoch sind folgende Aenderungen anzubringen:

a) Die regelmässig zu machenden Schulrevisionen sind einmal jährlich vorzunehmen, jedoch erfordert das Auftreten von Epidemien in den Schulen häufigere Besichtigungen durch den Landschaftsarzt.

b) Der Landschaftsarzt ist verpflichtet, alle ihm von der Gemeinde vorstellig gemachten einer ansteckenden Krankheit verdächtigen Gemeindeglieder zu untersuchen und zu begutachten.

c) Die gegen die Hebamme vorgebrachten Klagen soll der Landschaftsarzt prüfen.

d) Der Landschaftsarzt hat die Befähigung den Impfer zu prüfen, braucht jedoch nicht der Impfung beizuwohnen.

e) Der Landschaftsarzt soll die Halbjahrsberichte über das Resultat der Impfung in seinem Bezirke zusammenstellen.

Die genauere Formulierung und Redigierung der Instruktionspunkte überlässt die Versammlung dem Vorstande, welchem ja so wie so die Beantwortung der von der Ritterschaft gestellten Fragen obliegt.

Die Versammlung einigt sich sodann in bezug auf die Anstellung von Landschaftsärzten ohne Anlehnung an Bezirksverbände auf folgendes Gutachten:

a) Auf dem flachen Lande ist die Anstellung von Landschaftsärzten mit einem Gehalt von rund 500 Rbl. ohne Anlehnung an einen Bezirksverband nur dann durchführbar, wenn der Landschaftsarzt entweder nebenbei sicher eine grosse freie Praxis betreiben kann oder wenn er zugleich auch noch für andere Sanitätsbezirke angestellt ist, sodass er ein grösseres Fixum für seine sanitäre Tätigkeit bezieht.

b) In der Nähe der Städte bedarf der Landschaftsarzt, wenn er zur Einhaltung einer bestimmten Taxe für die Insassen seines Sanitätsbezirkes verpflichtet wird, einer Extrasubvention für seine Ambulanzempfänge resp. eines höheren Fixums als 500 Rbl. durchschnittlich.

c) Beim Ausbruch von Epidemien können die Landschaftsärzte in den nahstädtischen Bezirken Extrafahrgelder oder in dem betreffenden Jahre ein dementsprechend höheres Jahresgehalt beanspruchen.

Betreffend die Ausarbeitung der Taxe für die freie Praxis von Landschaftsärzten resp. Bezirksärzten wird auf Vorschlag des Präses die von der Revaler Filiale des St. Petersburger Vereins zur gegenseitigen Hilfe ausgearbeitete Honorartaxe per Akklamation angenommen.

Die Versammlung fixiert nach stattgehabter Diskussion folgende Taxe für die Hebammen auf dem Lande, welche ein Fixum von 150 Rbl, (inkl. Wohnung und Beheizung) beziehen:

a) Für die Hilfeleistung beim Akt der Geburt haben zu entrichten: die Wirte 1 Rbl. bis 1 Rbl. 50 Kop., die Knechte 50 Kop. bis 1 Rbl.

b) für jeden Wartetag resp. Wochenbettstag haben zu entrichten: die Wirte 50 Kop. und die Knechte 25 Kop.

Auf Anregung des Präses wird der Herr Direktor der Landeshebammenschule, Dr. von Keyserlingk, aufgefordert, die Ausarbeitung eines Hebammenreglements vorzunehmen.

Die Kommission zur Bearbeitung der Sanitätsreform wird auf Vorschlag des Präses wiedergewählt und soll sich nun mit der Ausarbeitung einiger Detailfragen befassen.

Zum Schluss der Beratungen über die Sanitätsreformvorschläge spricht die Versammlung ihre volle Sympathie mit dem Projekt der vorbereitenden Kommission der Ritterschaft aus und hofft auf baldige Durchführung der geplanten Reformen. Der Gesellschaft erscheint es erwünscht, dass jeder Landschaftsarzt in seinem Bezirk ärztliche Praxis ausübt.

(Fortsetzung folgt.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Professor Dr. W. Zoege v. Manteuffel, der im Laufe eines Jahres oft genug die Kugeln um sich hat pfeifen hören, im Kriege aber jeder Verwundung entgangen ist, hat nun, wie wir der «Nordl. Ztg. entnehmen, in der eigenen Heimat durch einen Akt hinterlistiger Roheit einer Verwundung nicht entgehen können. Als Professor Zoege und sein Bruder nämlich in der Nacht vom 13. auf den 14. August um 11 Uhr in einer offenen Postequipage das Awandussche Dorf Katko (Estland) passierten, wurde der Professor aus einem Hinterhalt durch einen Steinwurf am Hinterkopf verletzt. Wie der per Telephon herbeigerufene Kirchspielsarzt Dr. Thomson konstatiert hat, rührt die Wunde von einem scharfkantigen Gegenstand her und reicht bis auf den Knochen, soll aber nicht gefährlich sein. Der Professor befindet sich denn auch, wie sein Bruder der «Rev. Ztg.» mitteilt, ganz wohl und wird nur einige Zeit einen Verband tragen und sich ruhig verhalten müssen.

Der Uebeltäter ist bisher nicht entdeckt worden.

— Der Leibmedikus des Allerhöchsten Hofes, Doktor bei S. Kais. Hoheit dem Grossfürsten Michael Nikolajewitsch und ausseretatmässiger Konsultant des Semënowschen Militärhospitals Dr. Sander ist zum beratenden Mitgliede des militär-medizinischen gelehrten Komitees ernannt worden, unter Belassung in den von ihm bisher bekleideten Aemtern und Würden.

— Am 15./28. August beging der verdiente Anatom, Prof. ord. der pathologischen Anatomie an der Strassburger Universität, Dr. Friedrich v. Recklinghausen, das 50jährige Doktorjubiläum. Der Jubilar steht gegenwärtig im 72. Lebensjahre und ist seit 1864 als Professor tätig, anfangs in Königsberg, dann in Würzburg und seit 1872 in Strassburg.

— Der Altmeister der Ohrenheilkunde, ordentlicher Honorarprofessor und Direktor der Klinik für Ohrenkrankheiten an der Berliner Universität, Dr. August Lucae, feierte am 11./24. August seinen 70. Geburtstag. Der Jubilar wirkt seit 40 Jahren an der Berliner Universität, anfangs als Leiter der Ohrenheilkunde, und seit 24 Jahren als Leiter der

Digitized by Google

1881 gegründeten Ohrenklinik. Seine wissenschaftlichen Arbeiten betreffen die verschiedensten Gebiete der Otologie und namentlich die physiologische Akustik.

— Der Direktor des pathologischen Instituts der Universität Jena, Prof. Dr. Wilh. Müller, wurde anlässlich seines 50-jährigen Doktorjubiläums zum Ehrenmitgliede des Royal College of Surgeons in Edinburg und der Gesellschaft der Aerzte Finnlands in Helsingfors gewählt.

— Eine Ehrung nach dem Tode. Das Royal College of Surgeons in Edinburg hatte aus Anlass der Feier seines 400-jährigen Bestehens neben anderen hervorragenden in- und ausländischen Chirurgen auch den am 1./14. Juni d. J. zu Breslau verstorbenen Professor v. Mikulicz zu seinem Ehrenmitgliede ernannt. Der Wittwe des Dahingeschiedenen ist nunmehr das reich ausgestattete Diplom als eine Ehrung nach dem Tode seitens der genannten gelehrten Gesellschaft zugegangen.

— Verstorben: 1) In Pawlograd (Gouv. Jekaterinosslaw) der ältere Arzt des Kertsch-Jenikaleschen Inf.-Regiments Dr. Julius Kretschmann im 50. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene seit 1881 ausgeübt. 2) Am 26. Juli in Bjelorezk (Gouv. Orenburg) Dr. Karl Stein, freipraktizierender Arzt in Moskau, im Alter von 54 Jahren. Die Venia practicandi hatte er vor 25 Jahren erlangt. 3) In Wilna der freipraktizierende Arzt Mendel Sslonim nach kaum 7-jähriger praktischer Tätigkeit im 35. Lebensjahre. 4) Am 7./28. August in Ammerland Prof. ord. Dr. Adam Kunkel, Vorstand des pharmakologischen Instituts an der Würzburger Universität, im Alter von 57 Jahren an Peritonitis. Er war im vorigen Jahre Rektor der genannten Universität. 5) Am 11./24. August der berühmte Ophthalmologe Dr. Karl Schweigger, ehemaliger Professor auf dem Lehrstuhle für Augenheilkunde an der Berliner Universität. Er ist fast 75 Jahre alt geworden. Schweigger war in Halle geboren und studierte in Erlangen und Halle. Nach längerer praktischer Tätigkeit bei dem unsterblichen Albrecht v. Graefe in Berlin, wurde er 1868 an die Hochschule in Göttingen als erster Lehrer für Augenheilkunde berufen. Dort blieb er jedoch nur 3 Jahre, da er 1871 nach dem Tode v. Graefe's dessen Nachfolger wurde. In Berlin entfaltete er Jahrzehnte lang neben ausgedehnter praktischer auch eine umfangreiche literarische Tätigkeit, bis ihn zunehmende Kränklichkeit vor einigen Jahren zwang, sein Lehramt und seine ärztliche Praxis aufzugeben. Der jetzt aus dem Leben Geschiedene gehörte wie sein unvergleichlicher Lehrer zu den Mitbegründern der modernen, auf physikalisch-physiologischer Wissenschaft aufgebauten Augenheilkunde und als ausserordentlich fruchtbarer Schriftsteller auf deren gesamtem Gebiete wird sein Name in der Geschichte der Augenheilkunde für alle Zeiten fortleben.

— Unser vorzeitig verstorbener Landsmann Prof. Otto v. Büngner, dessen Nekrolog wir in der vorigen Nummer brachten, hat, wie wir nachträglich erfahren, an schweren Anfällen von Cholelithiasis gelitten, die seine Tätigkeit in den letzten Jahren oft störten und ihn zwangen, Jahr für Jahr Linderung in Karlsbad zu suchen. Von B.'s wissenschaftlichen Arbeiten sind die über Gallensteinkrankheit und Blinddarmentzündung am bekanntesten.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Am 11. August ist der Professor der militär-medizinischen Akademie Dr. Sergius Botkin vom Kriegsschauplatz nach St. Petersburg zurückgekehrt.

— Wie wir hören, ist der am hiesigen Augenhospital beschäftigte Dr. Kurt Bagh zum aktiven Militärdienst einberufen worden.

— Wie das Blatt «Ssyn Otetschestwa», erfährt, hat der Hauptbevollmächtigte des Roten Kreuzes Fürst Wassiltschikow aus Gundshulin sich an die Exekutivkommission mit der Bitte gewandt, zu seiner Verfügung 30 Feldscher oder Studenten der Medizin der älteren Kurse abzukommandieren, da zum bevorstehenden Beginn des akademischen Lehrjahres die Abreise zahlreicher im Kriegsrayon beschäftigter Studenten zu erwarten ist. Andrerseits meldet die «Russ», dass die Hauptverwaltung des Roten Kreuzes in Erwartung des Ausgangs der Friedensverhandlungen beschlossen haben soll, einstweilen die Absendung von medizinischem Personal, namentlich von barmherzigen Schwestern und Sanitären, einzustellen.

— Um unseren Lesern ein ungefähres Bild von den Leistungen und Ausgaben des Russischen Roten Kreuzes für den Krieg zu geben, bringen wir nachstehend einige interessante Daten, die sich auf das verflossene Jahr beziehen:

Das Rote Kreuz hatte im Jahre 1904 — 32 Lazarette à 200 Betten, 14 — à 100, 9 — à 50 und 2 — à 25 ausgerüstet. Unter der Flagge des Roten Kreuzes arbeiteten im Rayon der aktiven Armee 64 Lazarette mit 12.035 Betten, insgesamt aber im Fernen Osten 158 Lazarette mit 25.851 Betten. Bis zum 1. Januar 1905 waren in den Hospitälern des Roten Kreuzes 2.890.738 Hospitaltage zugebracht worden. Die Gesamtkosten beliefen sich auf annähernd 3.836.000 Rbl. Zum Unterhalt der fliegenden Abteilungen des Roten Kreuzes auf den Schlachtfeldern wurden 86.147 Rbl. verausgabt. Bis zum 1. Oktober v. J. hatten die fliegenden Kolonnen 14.452 Verbände gemacht, 1028 Kranke aufgenommen und 22.000 Mann gespeist. Die sogenannten Ernährungspunkte führten 1280 Betten, nahmen 20.600 Kranke auf und speisten 130.000 Mann. Zum Ankauf von Mehl wurden 200 068 Rbl., von Konserven — 158.422 Rbl., von Salzfleisch — 24.362 Rbl., von Milchprodukten — 45.182 Rbl. und von Gemüse — 24.440 Rbl. vom Roten Kreuz verausgabt. Zum 1. Januar 1905 wurden 50 Offiziers- und 99 Soldatenbibliotheken nach dem Fernen Osten abgefertigt.

Von Universitäten, med. Instituten u. Kongressen.

— In der militär-medizinischen Akademie werden, wie verlautet, die Vorlesungen und wissenschaftlichen Beschäftigungen am 1. September wieder beginnen. Die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades sind für diejenigen Studenten der Akademie, welche im Frühjahr sich diesen Prüfungen vor der med. Examinationskommission nicht unterzogen haben, auf den 1. Oktober festgesetzt.

— An der Moskauer Universität sollen sich nur 4 Personen zur Prüfung vor der med. Examinationskommission gemeldet haben.

— Zur Aufnahme in das weibliche medizinische Institut sollen 1000 Meldungen eingelaufen sein, während nur 200 Vakanzen vorhanden sind.

— Zum Direktor der medizinischen Universitätsklinik in Marburg ist, an Prof. Mannkopf's Stelle, der bisherige Leiter der medizinischen Poliklinik Prof. Dr. L. Brauer ernannt worden.

— Der Kongress russischer Eisenbahnärzte, der im Oktober stattfinden sollte, ist vom Minister der Wegekommunikation aufgeschoben worden, weil er eine Ablenkung der Eisenbahnärzte gerade jetzt, bei den verstärkten Truppentransporten von der Ausübung ihrer direkten Pflichten nicht für wünschenswert hält.

Standesangelegenheiten.

— Die Misshandlung der Landschaftsärzte des Balaschowschen Kreises durch den aufgehetzten Pöbel, über welche wir in der vorigen Nummer berichteten, hat eine Lage geschaffen, die mit den schwersten Folgen droht. Der Ssaratowsche Gouverneur hat sich an die Obermedizinalverwaltung mit der Bitte gewandt, einige Aerzte nach Balaschow abzukommandieren, doch weichen die Aerzte begreiflicherweise diesen Angeboten aus, da sie eine Wiederholung der Gewalttaten befürchten. Der «Russ» zufolge, konnten mit Mühe nur zwei Aerzte gefunden werden, die den Mut hatten, sich nach Balaschow zu begeben. Das Moskauer Blatt «Russkoje Salowo» erfährt dagegen, dass der Ssaratowsche Gouverneur fünf im Staatsdienst stehende Aerzte mit dem älteren Ssaratowschen Kreisarzt Ssubotin an der Spitze zum Ersatz der streikenden Aerzte in den Balaschowschen Kreis abkommandiert und den Gehülfen des Gouvernements-Medizinalinspektors Dr. Iwanow mit der Untersuchung der Ursachen der Dienstkündigung der Balaschowschen Aerzte betraut habe.

— Telegraphischen Nachrichten zufolge, haben neuerdings auch die Landschaftsärzte des benachbarten Atkarskischen Kreises im Gouv. Ssaratow den Dienst gekündigt.

— Die Gehälter der Schulärzte, die zurzeit 300 Rbl. jährlich betragen, in den Mädchengymnasien aber überhaupt fehlen, sollen, wie die Blätter melden, bis zu 1200 Rbl. aufgebessert werden; ferner sollen die Aerzte in eine höhere Rangklasse versetzt werden und pensionsberechtigt sein. Diese Massnahme steht im Zusammenhang mit einer geplanten allgemeinen Hebung der sanitären Aufsicht in den Mittelschulen: so sollen bei den Lehrbezirksverwaltungen Bezirkssanitätsärzte mit einem Gehalt von 3000 Rbl. angestellt werden, ferner unter dem Vorsitz der letztern in den Lehrbezirken Sanitätskonseils kreiert werden, die aus den Schulärzten und Vertretern des städtischen und landschaftlichen Sanitätswesens bestehen.

— In dem Dr. Schillingschen Asyl für Waisenkinder von Personen des ärztlichen Berufs sind gegenwärtig 6 Vakanzen vorhanden. Aufnahmegesuche sind unter Beifügung des Taufzeugnisses und des Diploms oder der Dienstliste des Vaters an den Vizepräsidenten Dr. A. Ebermann (St. Petersburg, Sagorodny Prospekt № 1) zu richten.

Digitized by Google

Epidemiologisches.

— Die Pest in Indien hat, den letzten offiziellen Berichten zufolge, in den letzten drei Wochen in Pendschab stark abgenommen, im Bombayschen Regierungsbezirk dagegen ganz bedeutend zugenommen. In den übrigen Ortschaften Indiens, sowie auf der Insel Mauritius und in Egypten sind nur vereinzelte Fälle vorgekommen.

— Das gelbe Fieber herrscht in New-Orleans ungeschwächt weiter. Aus den Bezirken Amelia und Assumption, die vom Fieber verschont geblieben waren, werden 60 Fälle gemeldet. Die medizinischen Behörden sind der Ansicht, dass sich die Gesamtzahl der Fälle im Staate Louisiana auf 1000 beläuft. In den letzten Tagen des Julimonats sind auch in Veracruz (Mexico) 5 Fälle von gelbem Fieber konstatiert worden.

— Von Neuerkrankungen an epidemischer Meningitis cerebrospinalis wurden im Laufe des Juli aus dem ganzen Reiche 14 Fälle gemeldet, davon 11 aus Finnland, und je ein Fall aus Odessa und den Gouvernements Kasan und Ssimbirsk.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. Aug. d. J. 9285 (64 wen. als in d. Vorw.), darunter 836 Typhus — (21 wen.). 899 Syphilis — (2 mehr), 207 Scharlach — (8 wen.), 106 Diphtherie — (4 wen.), 67 Masern — (10 wen.) und 14 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 31. Juli bis zum 6. August 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
400	311	711	168	76	156	17	15	30	44	56	52	26	27	31	11	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 21. Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 14, Scharlach 13, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 12. Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 4, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 46, Ruhr 10, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberkulose der Lungen 68, Tuberkulose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungskanals 192, Totgeborene 43.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

E. Merck, chem. Fabrik, Darmstadt.

Bromipin. *Ausgezeichneter Ersatz für Bromalkalien — besonders wertvoll in der Frauen- und Kinderpraxis. — Bromipin kann unbedenklich in grösseren Dosen gegeben werden.* (12) 13—13.

Dionin. *Ein mildes, relativ ungiftiges, in Wasser leicht lösliches Morphinderivat von hervorragender schmerz- und hustenstillender Wirkung. Ist in allen Fällen als Ersatzmittel für Morphium und Codeïn mit Nutzen zu verwenden.*

Jodipin. *Der beste Ersatz für Jodalkalien. Anerkanntes Mittel bei Lues, Bronchitis, Arteriosklerose, Skrophulose, Tuberkulosis incipiens, sowie in allen anderen Fällen, in denen Jodpräparate indiziert sind.*

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Airol
Asterol
Sulfosotsirup
Thiocoltabl.
Thiocol

Thigenol
Synthetisches Schwefelpräparat.
Braune dicksirupöse, geruch- und geschmacklose Flüssigkeit.
Leicht resorbierbar, juckreiz- und schmerzlindernd, fleckt nicht die Wäsche.
Glänzend bewährt in der gynaecologischen Praxis und Dermatotherapie.
Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche".

Sulfosotsirup
die idealste Form der Kreosot-Therapie
wegen seiner Billigkeit für die Kassenpraxis geeignet.
Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.
Warnung! Sulfosotsirup ist nur echt wenn jede Flasche mit uns. Firma versehen ist.

Arsylin
Protylin
Brom-Protylin
Eisen-Protylin
Digalen

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^IE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle
bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria mit ihren Folgezuständen, Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—11.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.
Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.
Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.
Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen Acne, Folliculitis, Furunkulose.
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY

(62) 17—7.

Eigenthum der Französischen Regierung.
BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.
Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.
Prachtvolle Lage, nahe Kurhaus u. Wald. illustrierte Prospekte.
Friedrichroda i. Thür.

Bad Wildungen.
(Deutschland)
Privatklinik für Harnkranke.
Dr. Rörig II (Reinhard).

Hôtel und Pension
Hammerand
WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.
Frau Minna Rieser, geb. Franke. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймоновской ул. д. 4. кв. 11.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.
Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.
Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.
Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.
Frau Gülsen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

Kissingen
Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle), Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankeiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.
Aerzte: Dr. C. Dapper (Besitzer). — Dr. F. Dengler. (60) 14—10.

Дозв. ценз. Спб., 19 Августа 1905г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke KatharinenhoferPr. № 15.

Digitized by Google

SEP 28 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1. Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 34 St. Petersburg, den 27. August (9. September). 1905.

Inhalt: Stud. med. Roman Adelheim: Ueber die Langerhansschen Inseln Pankreas und ihre Beziehung zum Diabetes. — Dr. Simonson: Ein Fall von Gangraena Scroti bei einem Diabetiker, geheilt durch Sitzbäder und Kompressen mit Borsäure-Lösung. — XVII. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. August 1905. — Protokolle des II. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval. — Tagesnachrichten. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

(Aus dem histologischen Institut der Universität Dorpat. Direktor Prof. Dr. P. A. Poljakow.)

Ueber die Langerhansschen Inseln im Pankreas und ihre Beziehung zum Diabetes [1]).

Von

stud. med. Roman Adelheim aus Reval.

Die im Jahre 1869 von Langerhans entdeckten und nach ihm benannten Langerhans'schen Inseln im Pankreas beanspruchen gegenwärtig ein erhöhtes Interesse, dank dem Umstande, dass in letzter Zeit ihr Verhalten bei Diabetes mellitus zu den verschiedensten Kontroversen Anlass gegeben hat. Die Literatur über diese Frage ist in den letzten Jahren sehr reichhaltig geworden.

In seiner grundlegenden Arbeit beschreibt Langerhans zuerst als «Häufchen» Gruppen von kleinen Zellen im Pankreas des Kaninchens, die stellenweise zwischen den Tubuli auftreten und sich durch schwache Tingierbarkeit und homogene Beschaffenheit von den eigentlichen Drüsenzellen unterscheiden. Ihr Kern ist hell, rund, von mittlerer Grösse, ohne Kernkörperchen. Bezüglich ihrer Funktion enthielt sich Langerhans jeglicher Mutmassung, doch glaubt er sie eventuell mit dem Nervensystem in Zusammenhang bringen zu müssen. Eine eingehende Untersuchung über seine Gebilde verdanken wir Kühne und Lea (1876), die eine, schon von Ebner (1872) entdeckte Tatsache bestätigen konnten, nämlich, dass nach Injektion einer Farbmasse durch den Ductus Wirsungianus die Injektionsmasse nicht in die Inseln eindringt, die Inseln also nicht im Zusammenhang mit dem Gangsystem stehen; weiter konstatierten die Autoren einen enormen Reichtum der Inseln an Blutgefässen und verglichen sie mit Gefässglomeruli oder Wundernetzen. Bezüglich ihrer Funktion hielten es die Verfasser für das Wahrscheinlichste, dass sie kleinen Lymphdrüsen entsprechen, eine Hypothese, die sich mehrfach Anhänger erworben hat, wie Sokoloff (1884), Dieckhoff (1894), Pischinger (1895) und Schlesinger (1898). Jedoch schon im Jahre 1882 trat dieser heute nur noch sehr schwer verständlichen Anschauung Podwyssozki entgegen, der sie Pseudofollikel nannte, ohne jedoch damit etwas praejudizieren zu wollen.

Eine vollständig neue Auffassung über die Natur unserer Gebilde vertrat Lewaschew. Er fand, dass bei pilokarpinisierten Hunden, deren Pankreas sich also im extremsten Stadium ihrer Tätigkeit befindet, die Zahl der Inseln, im Vergleich zum Pankreas der hungernden Tiere stark vermehrt ist. Desgleichen beobachtete er eine lückenlose Reihe von Uebergängen der sekretorischen Zellen zu Inselzellen. Er kam daher zum Schlusse, dass die Langerhansschen Inseln nur erschöpfte Partien des Drüsenparenchyms darstellen. Mit einigen Modifikationen haben sich dieser Theorie Dogiel, Pischinger, Tschassownikow, Mankowski angeschlossen.

Zu ganz anderen Schlüssen gelangte Laguesse. Dieser vorzügliche Kenner des Pankreas, dem wir eine ganze Reihe ausgezeichneter Untersuchungen speziell über die Langerhans'schen Inseln verdanken, fand auf Grund seiner entwickelungsgeschichtlichen Untersuchungen, dass die Inseln, die sich durch Sprossung der epithelialen Pankreas-Anlage entwickeln, zwar Gebilde vergänglicher Natur sind, indem einer untergegangenen Generation eine neue folgt, ein Prozess, der sich auch im extrauterinem Leben abspielt, dass ihnen aber doch eine besondere Funktion zukommt, die in einer innern Sekretion besteht.

---

[1]) Vorliegende Arbeit bildet die verkürzte Wiedergabe einer Preisarbeit des stud. Adelheim, der von der Medizinischen Fakultät die goldene Medaille zuerkannt worden ist.

Digitized by Google

Diese Theorie aber fand wenig Anklang, da die damaligen Forscher es nicht verstanden, die Idee der inneren Sekretion von der wenig vertrauenswürdigen Lehre vom «Balancement» zu trennen, die doch den Keim zur weiteren Entwickelung der ganzen Frage enthielt. Im Jahre 1895 betonte der Engländer Schäfer von neuem, ohne das Balancement Laguesse's anzuerkennen, die innere Sekretion der Insel und tat einen entscheidenden Schritt vorwärts, indem er die innere Sekretion mit dem Zuckerstoffwechsel und der Diabetesfrage in Zusammenhang brachte.

Grossen Anklang aber fand seine Theorie erst, als Diamare 1899 mit demselben Gedanken einer inneren Sekretion hervortrat. Seine vorzüglichen vergleichend anatomischen Untersuchungen gaben seiner Anschauung einen festen Boden und bestätigten die epitheliale Natur unserer Gebilde.

Soweit kurz die Geschichte der Langerhans'schen Insel, bevor sie ins Stadium der speziellen Diabetesforschung trat.

Bevor ich nun zum experimentellen Teil meiner Arbeit übergehe, möchte ich kurz den feineren Bau der Inseln besprechen.

Ihr Vorkommen im gesunden Pankreas ist ein konstantes. Sie liegen als runde oder ovale Gebilde, beim Menschen etwa von der Grösse eines Nierenglomerulus, zwischen den Tubuli des Pankreas-Gewebes, in der Mitte der Lobuli, nicht selten aber auch an deren Peripherie. In dem lienalen Ende des Pankreas ist ihr Vorkommen ein häufigeres, was nach Gianelli darauf zurückzuführen ist, dass nur die dorsale Pankreas-Anlage imstande ist, Inseln zu bilden. Eine bindegewebige Kapsel um die Inseln wird von den meisten Autoren geleugnet; bei den weissen Mäusen jedoch habe ich stets eine, wenn auch zarte, so doch vollständig deutliche, die Inseln allseitig umschliessende Bindegewebs-Kapsel beobachtet; bei den anderen Tieren (Kaninchen, Hunden, Meerschweinchen, Igeln) war das nicht der Fall.

Die Blutgefässe treten in die Insel von verschiedenen Seiten ein, wodurch die oft betonte Aehnlichkeit mit einem Nierenglomerulus hinfällig wird. Die charakteristische reiche Vaskularisation unserer Gebilde tritt deutlich nur bei sehr starker Blutfüllung zutage. Aus der Umgebung der Insel treten in dieselben feine Bindegewebsfäserchen ein, die ein zartes Retikulum bilden, in deren Maschen die charakteristischen Zellen eingelagert sind. Diese sind polygonal, kleiner als die sekretorischen Zellen und besitzen ein zartes feinkörniges Protoplasma, das unter Einwirkung von Fixierungsflüssigkeiten, namentlich Alkohol, oft ein ausgefressenes Ansehen gewinnt. Dieses feinkörnige Protoplasma, das sich deutlich vom fibrillären Protoplasma der sekretorischen Pankreas-Zellen unterscheidet, verhält sich auch zu den verschiedenen Farbstoffen anders wie die Parenchymzellen, was namentlich deutlich bei der Färbung mit Safranin-Pikro-Indigokarmin hervortritt: während die Pankreas-Zellen sich grünlich-gelb färben, nehmen die Insel-Zellen einen rosa bis rosa-roten Ton an. Diese Affinität der Insel zu Safranin ist von allen Autoren beobachtet worden.

Der am meisten ins Auge fallende Unterschied der beiden Zellarten ist wohl der, dass bei den Inselzellen die Zymogen-Körnchen fehlen, gleichfalls auch die typische Zoneneinteilung. Die kleinen, schon oben erwähnten Körnchen im Protaplasma der Inselzellen sind bedeutend kleiner als die Zymogenkörnchen, liegen unregelmässig zerstreut in der ganzen Zelle, kommen aber am häufigsten und in grosser Zahl in den Zellen vor, die sich unmittelbar den Kapillaren anschliessen.

Die Abgrenzung der einzelnen Zellen ist mehr oder weniger deutlich sichtbar, selten erwecken unsere Zellkomplexe den Eindruck eines Syncytiums, wie es Hansemann als konstant hingestellt hat. Was die Kerne anbetrifft, so sind sie kleiner und intensiver gefärbt als die der sekretorischen Zellen. Zuweilen trifft man Kerne, die 2—3 mal grösser als die gewöhnlichen sind, doch nicht so oft, als dass man diese Erscheinung für ein wertvolles Kennzeichen der Insel ansehen könnte, wie es Sauerbeck tut. Denn man trifft auch in den sekretorischen Zellen nicht selten Riesenkerne, was namentlich häufig im Pankreas der weissen Maus vorkommt.

Ist der Reichtum der Kerne an Chromatinkörnchen und die dadurch bedingte intensivere Färbung beim Menschen eine konstante Erscheinung, so findet sich bei den weissen Mäusen das Gegenteil: es sind hier die Kerne der Inselzellen blass, das Chromatinnetz schwach entwickelt und die Nucleoli, deren wir auch hier, wie in den anderen Zellen 1—2 treffen, sind klein. Der Kern nimmt meistens die Mitte der Zelle ein, nur bei den Zellen, die den Blutgefässen anliegen, ist der Kern mehr auf die dem Lumen der Kapillaren entgegengesetze Seite gerückt, so dass die Blutgefässe von einem breiten Protoplasmasaum eingefasst sind.

Die Endothelien der Kapillaren schliessen sich unmittelbar den Inselzellen an, ohne dass zwischen beiden Elementen trennendes Bindegewebe liegt. Ausführungsgänge habe ich in den Inseln nie sehen können, auch nicht bei den weissen Mäusen, in deren Pankreas sich die Inseln äusserst häufig, wenn nicht ausschliesslich, in der Nähe grösserer Ausführungsgänge befinden.

Im Protaplasma der Inselzellen trifft man stets kleine Fettkörnchen, kleinere als in den sekretorischen Zellen. Bei Behandlung mit Osmiumsäure nehmen sie den charakteristischen schwarzen Ton an. Körnchen mit hellem Zentrum und breitem schwarzen Rande, wie sie Stangl beschrieben hat, habe ich nicht beobachten können. Es handelt sich wahrscheinlich in diesem Falle um sogenannte «Altmann'sche Ringkörner», die durch teilweise Lösung des osmierten Fettes entstehen. Bei der Färbung mit den Fettfarbstoffen Sudan III und Scharlach R nehmen die Körnchen einen gleichmässigen, der Farbe entsprechenden Ton an.

Ich möchte noch kurz auf die Lewaschewsche Theorie zurückgreifen, welche behauptet, die Inseln seien modifizierte Drüsenschläuche und man sei imstande die Uebergangsbilder von einer Zellart in die andere zu sehen. Was diese Uebergangsbilder anbetrifft, so sind sie freilich nicht so ohne weiteres von der Hand zu weisen, wie Schultze u. a. es tun. Mir sind öfters Stellen begegnet, namentlich im Pankreas des Menschen, wo eine deutliche Abgrenzung des Inselgewebes vom Pankreas-Parenchym nicht sichtbar war. Häufig sind die Inseln allseitig von Bindegewebe umgeben bis auf eine mehr oder weniger kleine Stelle, aus der die Insel-Zellen heraustreten, und sich unmittelbar den Parenchym-Zellen anschliessen. Man trifft ausserdem zuweilen Inseln in Form von Halbmonden oder gar Hufeisen, die einen oder mehrere Tubuli umfassen, so dass der Eindruck hervorgerufen wird, als ob ein Uebergangsprozess noch keinen reinen Abschluss gefunden hat. Diese sehr engen Beziehungen des Drüsenparenchyms zum Inselgewebe sind erklärlich, wenn man die embryonale Entwickelung der Insel aus den ursprünglichen soliden Pankreas-Tubuli in Betracht zieht. Nach Sauerbeck wäre es möglich, dass dieser enge Zusammenhang sich auch im vollständig entwickelten Pankreas erhält. Anderseits muss ich betonen, dass es mir unmöglich war bei den oben erwähnten Uebergangsbildern den feineren Bau der einzelnen Zellen

Digitized by Google

deutlich zu sehen, weil die Dicke meiner Schnitte von 10 μ (Stücke aus dem menschlichen Pankreas wurden stets in Celloidin eingebettet) eine detaillierte Untersuchung nicht gestattete. Anders verhält es sich dagegen bei Paraffin-Schnitten von 2 μ Dicke aus Stücken vom Pankreas meiner Versuchstiere, die sorgfältig fixiert und gehärtet waren. Auch hier fand ich zuweilen bei schwacher Vergrösserung Stellen, die eine deutliche Abgrenzung beider Zellarten nicht erkennen liess. Bei starker Vergrösserung jedoch (Leitz, Oelimmersion 1/12, Ok. 4) waren die typischen Merkmale beider Zellarten deutlich zu erkennen und nie habe ich Zellen treffen können, die die Eigenschaften der Insel- und Parenchymzellen, wie es Lewaschew gesehen haben will, in sich vereinigten. Eine andere Art von Uebergangsbildern im Pankreas des Menschen, die zuerst von Opie beobachtet und beschrieben worden sind, sei hier noch erwähnt. Man trifft zuweilen im menschlichen Pankreas Gruppen von Tubuli, deren Zellen sich bei Färbung mit Haematoxylin-Eosin gleichmässig hellrot färben (bright pivk color Opie's), während bei normalen Pankreas-Zellen die Basalzone sich mehr oder weniger stark mit dem Kernfarbstoff färbt. Das Protoplasma der Zellen ist homogen stark glänzend. Der Kern, statt in der Basalzone zu liegen, befindet sich in der Mitte der Zellen. Solche modifizierte Zellen trifft man entweder in einer mehr oder weniger grossen Zahl in sonst ganz normalen Tubulis, oder aber eine ganze Gruppe von Tubuli, die in ihrer Grösse etwa das 2—3-fache einer Langerhans'schen Insel entspricht, besteht aus diesen Zellen. Solche Stellen können sehr leicht als Uebergangsbilder im Sinne Lewaschews ausgelegt werden. Jedoch muss ich betonen, dass diese Tubuli immer ein deutliches Lumen hatten, welches oft von Sekretmassen gefüllt war. Ich habe diese Zellen nur in einem Fall von Diabetes mellitus beobachtet. Opie hat sie auch im normalen Pankreas gefunden. Von anderen Autoren haben sie nur noch Weichselbaum, Stangl und Sauerbeck erwähnt, und zwar haben erstere sie häufiger im Pankreas von Diabetikern gefunden, als im normalen Pankreas, letzterer nur einmal bei einem Diabetes-Fall. Ob wir in diesen Gebilden besondere Veränderungen der Pankreas-Zellen sehen müssen, die nur bei Diabetes vorkommen, oder ob sie aus anderen Ursachen entstehen, das lässt sich vorerst nicht entscheiden. Opie selbst glaubte, dass es sich um Tubuli handelt, die sich infolge besonderer funktioneller Inanspruchnahme verändert haben. Wie dem auch sei, als «Uebergänge» kann ich diese Zellen kaum anerkennen, schon darum nicht, weil sie nur einmal in einem Pankreas vorkamen, was, da man den Uebergangsprozess doch wohl als einen normalen Vorgang ansehen muss, im höchsten Grade merkwürdig wäre.

Lewaschew hat ferner betont, dass bei hungernden Tieren die Zahl der Inseln bei weitem geringer ist als bei pilokarpinisierten Tieren. Er glaubte dadurch wahrscheinlich zu machen, dass die Inseln erschöpfte Drüsenpartien seien. Es lässt sich jedoch darauf erwidern, dass die Zahl der Inseln bei den verschiedenen Individuen sehr variabel ist. Ich selbst fand einen grossen Unterschied der Zahl der Langerhansschen Inseln im Pankreas zweier Hunde, die sich in ein und demselben Stadium ihrer Verdauungstätigkeit befanden. In beiden Fällen waren die zu untersuchenden Stücke der Cauda pancreatis entnommen.

Bei hungernden Tieren, wo die Pankreaszellen prall mit Zymogen-Körnchen gefüllt sind, ist es beinahe unmöglich sie mit den Inselzellen zu verwechseln, die Inseln treten äusserst scharf und deutlich hervor. Anders hingegen bei pilokarpinisierten Tieren, bei denen die Parenchym-Zelle der Zymogenkörnchen verlustig gegangen sind, klein, beinahe polygonal geworden sind und ihre tubulöse Anordnung verloren haben; hier hat sich der Unterschied zwischen den beiden Zellarten verringert und es ist daher bei einiger Subjektivität nicht unmöglich, in den stark veränderten Drüsentubuli Langerhans'sche Inseln zu sehen. Bei meinen Versuchstieren, die in den verschiedensten Stadien ihrer Verdauungstätigkeit getötet wurden, habe ich nie eine Schwankung der Inselzahl bemerken können.

Um nun zu sehen, ob die Inseln bei der Verdauung der einzelnen Nahrungsbestandteile Veränderungen aufweisen, aus denen man Schlüsse betreffend ihre spezielle Funktion ziehen könnte, machte ich eine Reihe von Versuchen in der Art, dass weisse Mäuse ausschliesslich mit einem einzigen Nahrstoff gefüttert wurden. Die erste Serie erhielt als Nahrung nur Hafer, die 2. nur Zucker, die 3. Stärke, die 4. Talg; die Mäuse der fünften Serie wurden absolutem Hunger unterworfen. Die Mäuse wurden bei der ihnen zugewiesenen Nahrung 7—10 Tage belassen, die hungernden Mäuse lebten $2^1/_2$—3 Tage.

Dieselben Versuche sind schon von Jarozki (1898) gemacht worden, doch nicht der Langerhansschen Insel wegen, sondern um die Grösse und Struktur der Pankreas-Zellen bei den verschiedenen Arten der Inanition zu studieren. Von Sobolew und Mankowski sind gleichfalls einige derartige Experimente an Hunden gemacht worden. Bei den Mäusen der ersten Gruppe, die ihre gewöhnliche Nahrung erhielten, sind die Inselzellen verhältnissmässig gross, ihr feinkörniges Protoplasma färbt sich mit Safranin-Pikroindigokarmin zartrot. Bei den Mäusen dagegen die nur Zucker erhielten, sind die Inselzellen kleiner, die Kerne scheinen einander näher gerückt zu sein, das Protoplasma färbt sich wenig oder garnicht mit Safranin, wodurch die Kerne, die denselben Farbstoff annehmen, intensiver gefärbt erscheinen. Eine Vermehrung oder Verminderung der Inseln konnte ich nicht konstatieren. Bei der Stärke-Diät haben die Inseln ihre gewöhnliche Grösse, jedoch ist ihre safranophile Substanz, im Vergleich zur ersten Gruppe, stark vermindert. Ganz anders verhält es sich bei den Mäusen, die mit Talg gefüttert wurden: die Inselzellen sind hier gross und vollsaftig, wodurch die Inseln selbst an Grösse zugenommen haben; das Protoplasma färbt sich nicht rot, wodurch die Inseln sich äusserst deutlich von den gelblich-grünen Pankreas-Zellen abheben. Eine Vermehrung ihrer Zahl, wie sie Mankowski gesehen hat, habe ich nicht bemerkt. Bei vollständigem Hunger sind die Inseln kleiner, färben sich aber auch sehr intensiv mit Safranin.

Diese Versuche haben mir gezeigt, dass, wenn dem Organismus die Aufgabe gestellt wird, eine grössere Menge von Kohlehydraten zu verarbeiten, die safranophile Substanz in den Inselzellen sich verringert oder ganz fehlt; bei einer Nahrung dagegen, die keine Kohlehydrate enthält, sind die Inselzellen von der safranophilen Substanz prall gefüllt.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

(Aus der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten von Dr. Simonson in Riga.)

Ein Fall von Gangraena Scroti bei einem Diabetiker, geheilt durch Sitzbäder und Kompressen mit Borsäure-Lösung.

Von

Dr. Simonson.

Vor einigen Monaten wurde ich telegraphisch zu einem Patienten in Mariampol (an der preussischen Grenze, unweit Eydtkuhnen) gerufen. Ich fand den Patienten zu Bett. An der rechten Seite des Scrotums war eine ungefähr 4 Zoll im Durchmesser grosse, tiefe offene runde Wunde, an vielen Stellen mit weissgrauen Belegen; dabei war der rechte Hoden ganz entblösst, angeschwollen und hing frei herunter.

Ich erfuhr, dass der Patient seit Juli, nach seiner Rückkehr aus Bad-Wildungen täglich seine Blase katheterisiert und mit Borsäure-Lösung ausspült, infolge dessen er sich einen Blasenkatarrh und dann eine rechtseitige Epididymitis zuzog. Auf seine schriftliche Anfrage an den ihn früher in Wildungen behandelnden Arzt bekam er von jenem ein Rezept auf Ung. hydr. ciner. zugeschickt. Mit derselben Salbe soll er nur einmal, aber tüchtig eingerieben haben. Sofort merkte er an derselben Stelle ein Brennen, das die ganze Nacht anhielt und am folgenden Tage trat die Gangraen ein. Da ich erfuhr, dass der Patient an Diabetes mellitus leidet und 4 pCt. Zucker gegenwärtig hat, so verordnete ich ihm eine strenge antidiabetische Diät, liess die Wunde mit Orthoform bestreuen, mit Watte umlegen und ein Suspensorium tragen. Der Patient fühlte keine Schmerzen mehr. Ich verordnete am folgenden Tage dasselbe, gab dabei 3 mal täglich Urotropin à 0.5 und reiste ab.

Kaum war ich zurückgekehrt, so bekam ich am folgenden Tage von dem ihn dort behandelnden Arzt ein Telegramm. «Gangraena geht rasch weiter». Ich forderte telegraphisch den Patienten auf sofort herzukommen, um so mehr, da der behandelnde Arzt von der weiteren Behandlung sich zurückzog und den Patienten nach Königsberg zu führen riet, um sich dort einer Transplatation-Operation zu unterwerfen.

Nach seiner Ankunft in Riga untersuchte ich den Patienten, fand den Prozentsatz von Zucker (wahrscheinlich infolge der strengen Diät) bis auf 3 pCt. heruntergesetzt; im Harnsedimente dagegen massenhaft Leukozyten, Hefenpilze und Krystalle von Oxalsäuren, Kalk und Harnsäure. Ich verordnete Helminthol 3 mal täglich innerlich à 1,0 und 3 mal täglich Ausspülungen der Blase mit einer Helminthol-Lösung. Dabei liess ich die strenge antidiabetische Diät fortsetzen und da die neuen zugekommenen gangränösen Stellen sich demarkationierten (auch infolge der Diät) und der Patient ohne Orthoform nicht schlafen konnte,—die Wunde mit demselben Pulver täglich bestreuen.

Nach 8 Tagen war der Prozentsatz von Zucker bis auf 2 pCt. herabgesetzt. Der Harn zeigte keine Hefenzellen mehr, einzelne Leukozyten und Krystalle. Doch zeigte die Wunde keine Reaktion: weder waren auf der Oberfläche Granulationen zu sehen, noch konnte man auf dem abgenommenen Verbande Spuren von Eiterung finden. Die Ränder der Wunde schwollen an, zeigten eine Neigung zur Gangraena. Um Granulationen hervorzurufen, bestrich ich die Oberfläche mit arg. nitr. in Subst., aber im Moment wurde die Wunde schmutzig grauschwarz. Bei solchem Zustande musste ich meinen Kurplan ändern. Ich verordnete 3 mal täglich ein Sitzbad von 28° R. je 10 Minuten im Bade, darauf eine Prissnitz-Kompresse von schwacher Borsäure-Lösung auf die Wunde. Schon am folgenden Tage konnte man am entfernten Verbande Spuren von Eiterung bemerken, die sich mit jedem Tage vermehrten, auch fingen die Granulationen auf der Oberfläche der Wunde an sich zu zeigen. Nach 8 Tagen war die Wunde rein und an den Rändern zeigte sich die weisse, neue mit Epitelien bedeckte Haut. Da Helminthol die Blase zu reizen anfing, setze ich dasselbe aus und blieb nur bei den Bädern, Kompressen mit Borsäure-Lösung und Diät. Nach weiteren 8 Tagen war der Harn zucker- und sedimentfrei, dann wurden die Blasenausspülungen ausgesetzt und, da die Wunde ganz klein war, auch die Bäder. Einige Tage später schloss sich die Wunde vollständig.

Das Resultat der Kur beweist, dass man bei Diabetikern mit scharfen und ätzenden Mitteln vorsichtiger sein soll, dass Orthoform, obgleich schmerzstillend und sekretionshemmend und infolge dessen nicht die Heilung befördernd, sondern störend wirkt, dass Helminthol bei Blasenkatarrhen innerlich genommen oder äusserlich bei Ausspülung ausgezeichnet wirkt und dem Urotropin vorzuziehen ist und Sitzbäder bei Gangraen, unterstützt mit nachfolgenden Kompressen, als sekretionsbefördernde Mittel anzuerkennen sind.

XVII. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. Aug. 1905.

(Vorläufiger Bericht.)

Erste Sitzung.

am 10. August von 10—1 Uhr vormittags.

1) Kreisarzt Dr. G. Carstens eröffnet entsprechend § 7 des Statutes den Aerztetag.

2) Prof. Dr. K. Dehio begrüsst als Präses des XVI. Aerztetages die zum XVII. Aerztetage versammelten Kollegen.

3) Das Stadthaupt von Arensburg, Herr v. Sengbusch, heisst den Aerztetag willkommen.

4) Wolmar wird als Ort für den XVIII. Aerztetag bestimmt. Die Zeit des XVIII. Aerztetages wird auf die Zeit zwischen dem 20. August und 5. September 1906 festgesstzt.

5) Wahlen: Es werden gewählt:
zum Präses Dr. Ch. Ströhmberg-Dorpat,
» Vizepräses Dr. G. Apping-Wolmar,
» I. Sekretär Dr. G. v. Engelmann-Riga,
» II. Sekretär Dr. R. Meywald-Arensburg,
» Kassaführer Dr. K. v. Lutzau-Wolmar.

6) Dr. C. Ströhmberg dankt als Präses des XVII. Aerztetages der Stadt Arensburg für ihre Gastfreundschaft.

7) Rechenschaftsbericht:
Dr. C. Ströhmberg berichtet über die Tätigkeit des Vorstandes im verflossenen Jahre und über die Ausführung der auf dem XVI. Aerztetage gefassten Beschlüsse, betreffend 1) die Auszahlung von 200 Rubeln an Herrn Dr. J. Brennsohn zur Herausgabe seines Werkes «Die Aerzte Livlands von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart», 2) den Stillstand der Arbeiten in der Hebammenfrage infolge der Ueberbürdung der Aerzte, welche durch die Einberufung vieler zum Kriegsdienste hervorgerufen wurde, 3) die Wahl des Herrn Dr. W. Ruth in die Kommission zur Beratung der Hebammenfrage an Stelle des auf dem Kriegsschauplatze befindlichen Dr. A. Katterfeld, 4) die Absendung eines Gesuches an den Obermedizinalinspektor bezüglich der Aufnahme des Methylalkohols in die Zahl der Gifte, 5) die Erfüllung des Punktes 9 und 5 der ersten Sitzung des XVI. Aerztetages durch Designierung des Herrn R. Meywald in Arensburg zum Kassaführer des XVI. Aerztetages. Der letztere verliest folgenden Kassenbericht:

Einnahmen:

Saldo vom XVI. Aerztetage (in Dorpat). .	689	Rbl.	53	Kop.
1904 August 19. 85 Mitgliedsbeiträge à 5 Rbl.	425	»	—	»
1905 » 2. Vom Sekretär Dr. Anderson als nicht verausgabt zurückerhalten.	56	»	32	»
» » » Zinsen.	17	»	84	»
Summa . .	1188	Rbl.	69	Kop

Ausgaben:

1904	August 18.	Bleifedern	—	Rbl.	50	Kop.
»	» 19.	Subvention an Dr. Brennsohn zu seinem Werke «Die Aerzte Livlands» .	200	»	—	»
»	» »	Telegramm an die Kollegen auf dem Kriegsschauplatze	2	»	70	»
»	» 20.	An Dr. v. Engelmann inkl. Porto	60	»	25	»
»	» 23.	Für das Souper am 18. August	153	»	50	»
»	» 24.	Auslagen Prof. Dehio.	17	»	26	»
z	» »	Dekoration der med. Klinik mit Pflanzen. . . .	25	»	—	»
»	» 26.	Damen-Kaffee im Handwerkerverein	26	»	—	»
»	Novmbr. 26.	St. Petersb. med. Wochenschrift Druck der Protokolle inkl. Porto. . . .	155	»	50	»
1905	August 4.	Marken und Porto. . .	4	»	25	»
»	» »	Drucksachen bei Matthiessen	37	»	05	»
		Saldo zum XVII. Aerztetage . . .	506	»	68	»
		Summa . .	1188	Rbl.	69	Kop.

Digitized by Google

Der Präses Dr. C. Ströhmberg legt die im Laufe des Jahres eingelaufenen Drucksachen vor.

1) Труды Харьковскаго Медицинскаго Общества 1904 г. выпускъ 2-й in 2 Exemplaren.

2) Отчетъ о дѣятельности Харьковскаго Медицинскаго Общества за 1903 годъ in 2 Exemplaren.

3) Протоколы Харьковскаго Медицинскаго Общества 1904 г. №№ 1—11 in 2 Exemplaren.

4) И. Сперанскій: Гистогенезъ экспериментальнаго амилоида. Юрьевъ 1903.

5) В. Оссендовскій: Къ вопросу объ измѣненіи крови у сифилитиковъ подъ вліяніемъ леченія. Dissertation. Рига 1902.

6) Г. Штальбергъ: Патолого-анатомическія измѣненія головнаго мозга при проказѣ. Диссертація. Рига 1904.

Im Anschluss an den Rechenschaftsbericht beschliesst der Aerztetag auf eine Proposition des Herrn Prof. Dr. K. Dehio Herrn Dr. J. Brennsohn für sein Werk: «Die Aerzte Livlands von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart» den Dank der Gesellschaft livländischer Aerzte zu votieren.

8) Prof. Dr. K. Dehio proponiert wegen der geringen Anzahl von jetzt in der Heimat befindlichen Aerzten die Beschlussfassung in der auf dem XVI. Aerztetage besprochenen Frage der ärztlichen Repititionskurse auf den nächsten Aerztetag zu verlegen. Die Proposition wird angenommen.

9) Prof. Dr. K. Dehios Proposition, die Bibliothek des Aerztetages nach Dorpat überzuführen und in dieser Frage mit der Dorpater medizinischen Gesellschaft in Relation zu treten, wird gleichfalls acceptiert.

10) Der Präses Dr. C. Ströhmberg berichtet über notwendig gewordene Abänderungen der Tagesordnung der Sitzungen des XVII. Aerztetages. Diese Abänderungen sind durch Nichterscheinen oder späteres Eintreffen einiger Vortragender, so wie durch die beabsichtigte Besichtigung des Oesel'schen Leprosoriums bedingt.

11) Prof. Dr. K. Dehio liefert seinen Bericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra.

12) Vortrag des Herrn Dr. Arronet: Schlammbäder und Radioaktivität. An der Diskussion beteiligen sich: Prof. Dr. K. Dehio, Dr. O. Thilo, Dr. A. Baron Sass, Dr. J. Vierhuff, Dr. R. Meywald, Dr. G. Carstens.

13) Vortrag des Herrn Dr. A. Baron Sass: «Erfahrungen über die Wirkung der Schlammbäder». An der Diskussion beteiligen sich: Dr. O. Thilo, Dr. G. Carstens, Dr. Meywald, Dr. H. Arronet.

14) Verlesung des Protokoll's der ersten Sitzung.

Am Nachmittage dieses Tages fand die Besichtigung der Arensburger Schlammbadeanstalten statt, welche von den Leitern derselben in entgegenkommender Weise demonstriert wurden. Der Besuch des in Restauration begriffenen bischöflichen Schlosses wurde durch die Erläuterungen des Herrn Architekten v. Möller zu einer genussreichen Belehrung.

Zweite Sitzung.

Am 11. August 1905 $11^1/_2$—3 Uhr.

1) Dr. A. Keilmann proponiert als Präses der Hebammenkommission, der Vorstand der Gesellschaft livländischer Aerzte möge sich an das livländische Landratskollegium behufs Beratung des vorigjährigen Beschlusses des Aerztetages in der Hebammenfrage unter Zugrundelegung des Protokolls des XVI. Aerztetages wenden.

Der Aerztetag beschliesst ohne weitere Diskussion im Sinne des Proponenten zu handeln.

2) Dr. B. Raue hält seinen Vortrag: «Die Prinzipien der Diabatesbehandlung». An der Diskussion beteiligen sich: DDr. A. Keilmann, G. Apping, O. Koppe, G. v. Knorre, Prof. Dr. K. Dehio, Dr. O. Thilo, [illegible] L. Buchholtz. Dr. Raue lässt im Anschluss an se[illegible] Vortrag Noordens Verordnungsbuch für Zuckerk[illegible] zirkulieren.

3) Dr. A. Behr hält seinen Vortrag über den ge[illegible]wärtigen Stand der Schädellehre. An der [illegible] sion beteiligen sich Dr. [illegible] A. Keilma[illegible] Prof. Dr. K. Dehio [illegible]tet auf [illegible] kollierung seiner [illegible]

4) Dr. O. Ko[illegible] tion der Sc[illegible] sich die DDr[illegible] R. Meyw[illegible]

5) Verle[illegible]

Dritte Sitzung.

Am 11. August 1905 4—7 Uhr nachmittags.

1) Dr. A. Behr hält seinen Vortrag über die livländische Heil- und Pflegeanstalt Stackeln.

Auf Antrag des Präses Dr. C. Ströhmberg beschliesst der Aerztetag dem livländischen Landratskollegium den Dank der Gesellschaft livländischer Aerzte für die Gründung und Erbauung der Musteranstalt Stackeln zu votieren.

2) Prof. Dr. K. Dehio hält seinen Vortrag über spastische Spinalparalyse. Zur Diskussion ergreift Dr. A. Keilmann das Wort.

3) Dr. C. Ströhmberg hält seinen Vortrag: «Die Bedeutung des Holzspiritus als giftige Substanz bei uns zulande. An der Diskussion beteiligen sich Prof. Dr. K. Dehio und Dr. B. Raue.

4) Verlesung des Protokoll's der dritten Sitzung.

5) Der Kreisarzt Dr. G. Carstens schliest gemäss § 7 des Statutes den XVII. Aerztetag.

Nach Schluss des Aerztetages wurde am 12. August ein gemeinsamer Ausflug der Aerzte in das etwa 25 Werst von Arensburg entfernte Oesel'sche Leprosorium unternommen. Dieses aus kleinen Pavillons von je 9 Betten bestehende, zunächst 46 Kranke beherbergende Leprosorium fand seiner praktischen Einrichtung und billigen Verpflegung wegen den ungeteilten Beifall der Besucher.

Protokolle des II. Aerztetages

der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval.

(Fortsetzung.)

Vorträge:

2. Dr. Hoerschelmann-Rappin-Livland: «Zur Frühdiagnose der Gravidität».

Von Mitte bis Ende des 4. Monats an besitzen wir in dem Hörbarwerden der Bewegungen des Foetus in utero ein sicheres diagnostisches Merkmal für das Vorhandensein einer Gravidität. Bis dahin sind wir bei Stellung der Diagnose auf wahrscheinliche Zeichen, beruhend auf Veränderungen an den Geschlechtsorganen, wie sie die Gravidität zu setzen pflegt, angewiesen. Es sind das: Vergrösserung, Gestaltsveränderungen, Ausladungen des teigigweichen Uterus, wahrnehmbare Kontraktionen, blau-rote Verfärbung des Scheideneingangs und der Portio u. s. w., Veränderungen, die vom 3. Monat an so charakteristisch zu sein pflegen, dass aus ihrer Summation die Diagnose meist mit Sicherheit zu stellen ist. Auch das bekannte Hegar'sche Zeichen — die charakteristische Kompressibilität der Gegend des inneren Muttermundes—ist erst vom Ende des 2. und Anfang des 3. Monats an als für die Diagnose wertvoll zu bezeichnen. Für die ersten 6 Schwangerschaftswochen kommt neben eventueller blau-roter Verfärbung und dem meist nur anamnestisch mitgeteilten Ausbleiben der Menstruation die [illegible] Gestaltsveränderung des Korpus in Betracht [illegible] rung des Korpus, welcher besonders [illegible] des Fundus in querer Richtung [illegible] allein genommen nicht eindeutig [illegible] Frühdiagnose der Gravidität [illegible] nämlich auf einen fühlbaren [illegible] rushörner. Das dickere [illegible] muten ist, erscheint [illegible] der beiden ungleichen [illegible] sistenzdifferenz [illegible] besonders an [illegible] ner Uterus[illegible] ber den [illegible] Einziehung [illegible] und [illegible]

Digitized by Google

Schauta sitzt das Ei in der härteren Hälfte, wenigstens gilt dies für die ersten Wochen der Schwangerschaft. Die Hälfte erscheint härter, weil das Ei dem palpierenden Finger eine festere Unterlage bietet. Damit stimmt auch überein, dass, wenn die Blase gesprungen ist, kein Unterschied mehr in der Konsistenz besteht. (Sitzungsbericht der geburtshülflich-gynäkologischen Gesellschaft zu Wien. Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Mai 1899, pag. 670).

In neuester Zeit ist eine Arbeit von Piskacek über Frühdiagnose der Gravidität erschienen (Wiener medizinische Wochenschrift 1904 Nr. 20 und 21). Piskacek steht im wesentlichen auf dem Standpunkt Brauns; er verlegt den Sitz des Eies in die weichere Hälfte. Die Asymmetrie und Furchenbildung hält er für physiologische Erscheinungen, keine Kontraktionsphänomene, und sieht sie als ein sicheres Kennzeichen der beginnenden Schwangerschaft an.

Im Laufe des letzten Lustrums fand Redner in seinem Journal 73 Frühdiagnosen der Gravidität im 1. und 2. Monat verzeichnet. 31 Mal ist die Diagnose durch spätere Nachuntersuchung oder durch den Nachweis der stattgehabten Geburt aus dem Kirchenbuch erhärtet und zwar—mit nur einer Ausnahme — bei allen ortsansässigen Frauen. Das Braun'sche Zeichen fand sich 22 mal besonders berücksichtigt, dabei war der Eisitz 15 mal links und 7 mal rechts angenommen. Zur Prüfung des Zeichens empfiehlt sich folgender Handgriff: Zeige- und Mittelfinger der linken Hand tasten durch das vordere Scheidengewölbe nach den beiden Uterushörnern—der Zeigefinger nach dem rechten, der Mittelfinger nach dem linken Horn. Die rechte Hand übt von aussen abwechselnd einen leichten Druck, bald auf die eine, bald auf die andere Fingerkuppe aus. Das Tastbild kann durch eintretende Kontraktionen, besonders aber durch eine neben der Gravidität bestehende pathologische Veränderung (z. B. akute Gonorrhoe) in seiner Deutung getrübt worden. Während der diagnostische Wert des Brun'schen Zeichens von allen genannten Forschern anerkannt wird, ist die wissenschaftliche Deutung desselben in bezug auf den Eisitz noch strittig. Der Eisitz ist in die dickere und elastischere Hälfte zu versetzen. Mit Schauta hält Redner dieselbe im ersten Beginn der Schwangerschaft für härter als die andere Hälfte. Dieses ist solange der Fall, als das Ei das Cavum uteri noch nicht ausfüllt; der Sulcus verläuft in der Mitte, die im Vergleich weichere Tubenecke ist noch leer. In einem späteren Stadium der Schwangerschaft, wenn das Ei das Cavum uteri bereits zum grössten Teil oder ganz ausfüllt und die Placentarbildung eine grössere Rolle zu spielen beginnt, wechselt die Konsistenz. Nun fühlt sich die Seite des ursprünglichen Eisitzes weicher an und die anfangs zentrale Furche ist zur andern Seite hin verschoben. Redner stützt sich auf Erfahrungen bei 2 frühzeitig mit Abrasio beendeten Fällen von therapeutischem Abort, wo der Eisitz in dem härteren Uterushorn vorher angenommen und bei der Operation gefunden wurde.

(Autoreferat.)

Diskussion:

Dr. v. Keyserlingk: Sarwey (Tübingen) hört die kindlichen Herztöne von der 13. Woche an. Mir ist es nie gelungen, so früh Herztöne zu hören.

Dr. Hörschelmann: Ich halte es physikalisch für wahrscheinlich, dass die Eigenbewegungen des Foetus, bei denen ein Stoss gegen die Gebärmutterwand erfolgt, und dazu noch eine Welle im Fruchtwasser erzeugt wird, früher wahrnehmbar werden, als die Herztöne. Am Ende des 4. Monats sind die Eigenbewegungen des Foetus jedenfalls unter normalen Verhältnissen hörbar. Mit Hülfe des Braun'schen Zeichens wird die Frühdiagnose der Gravidität oft schon in der 4. oder 5. Woche stellbar sein, was event. von grosser praktischer Wichtigkeit sein kann.

3. Dr. Waeber-Wallhof (Kurland): Wie soll sich der Landarzt zur Behandlung des Abortus stellen?
Der Vortrag fiel aus.

4. Dr. von Keyserlingk-Reval: «Ueber Dammnaht».

Vortragender beginnt, an die Arbeit Carl Hegars erinnernd, mit folgenden Ausführungen:

«Dass ein frischer Dammriss möglichst bald post partum genäht werden muss, darüber waren bisher wohl alle Gynäkologen einig. Es musste daher umsomehr überraschen, als in Nr. 44 des vorigen Jahrganges der Münchener mediz. Wochenschrift ein Aufsatz von Carl Hegar erschien, der die Naht des frischen Dammrisses wenn nicht ganz abschaffen, so doch bedeutend einschränken wollte. Die Gründe, die Hegar für seine Forderung anführt, sind kurz folgende:

1) Die Dammnaht gleich post partum ist unnütz, weil die meisten, besonders die in der Privatpraxis unter ungünstigen Bedingungen genähten Dammrisse nicht primär verheilen. Dieses gilt besonders von den totalen.

2) Bildet ein genähter, aber nicht primär heilender Dammriss eine schwere Gefahr für die Wöchnerin, weil sich hierbei leicht Taschen bilden und das Sekret keinen freien Abfluss hat.

Des weiteren führt er aus, dass Dammrisse I. und II. Grades bei richtiger Therapie auch ohne Naht primär verheilen, und dass totale, wenn sie nicht genäht sind, später viel leichter zu operieren sind, als solche, bei denen durch die Naht eine störende Narbenbildung erfolgt ist. Eine Gefahr für die Frau durch kleine und mittlere nicht verheilte Dammrisse nach Infektion im Wochenbett oder einer späteren Lagenveränderung der Beckenorgane leugnet er, einerseits weil nach allgemein chirurgischen Grundsätzen leicht infizierbare oder bereits infizierte Wunden offen zu behandeln seien, andererseits weil er kleinere Dammrisse für die Festigkeit des Beckenbodens für irrelevant hält.

Hegar ist bereits mehrfach widerlegt worden. Immerhin enthält sein Aufsatz einige Wahrheiten, die zum Nachdenken anregen, aber auch, richtig aufgefasst, zu anderen Schlüssen führen müssen, als bei ihm, nämlich nicht die Dammnaht abzuschaffen, sondern sie zu verbessern.

Leider wird nun in den meisten Lehrbüchern das Kapitel der Dammnaht ziemlich kurz abgemacht, und auf der Universität haben wohl die wenigsten Gelegenheit, unter sachkundiger Leitung selbst einen Dammriss zu vernähen. Da ist man denn, wenn man in die Praxis kommt, auf sich selbst angewiesen, und muss sich seine Methode selbst bilden.

Redner bespricht sodann verschiedene Methoden der Dammnaht und knüpft daran folgende Mitteilungen über das von ihm geübte Verfahren und ein von Redner konstruiertes Speculum.

«Ich vernähe grundsätzlich jeden Scheidenriss, mag er mit oder ohne Dammriss entstanden sein, und zwar fortlaufend, angefangen vom oberen Wundwinkel.

Dabei umfasse ich mit jedem Stich die ganze Wunde, sodass die Nadel erst am anderen Wundrande der Scheidenschleimhaut zum Vorschein kommt.

Wenn ich bis zum Frenulum gekommen bin, liegt nur noch eine oberflächliche Hautwunde vor mir, die ich, wenn sie klein ist, mit demselben Faden fortlaufend, wenn grösser, mit einigen Knopfnähten versorge.

Für diese Scheidennaht habe ich mir ein Speculum construiert, dass sich selbst in der Scheide hält, und ihre Seitenwände aus einander zieht. (Demonstration des Speculums).

Dadurch, dass der Griff des Speculums zur Symphyse zugekehrt ist, kann es auch benützt werden, ohne dass die Patientin an den Rand des Bettes gelegt werden muss.

Die Seitenhebel sind so breit, dass die vordere Scheidewand auch ohne einen dritten Hebel so weit gehoben ist, dass die vorderen Partien der Scheide völlig offen liegen und bequem vernäht werden können.

Die Annehmlichkeiten beim Arbeiten mit diesem Spekulum sind hauptsächlich folgende:

1) Erstens braucht man keine assistierende Hand, die die Labien auseinanderhält, eine Infektionsgefahr weniger.

2) Zweitens kann man das Operationsfeld vollkommen übersehen und braucht infolgedessen nicht unter Leitung des Fingers zu nähen, noch eine Infektionsgefahr weniger.

3) Drittens legen sich die etwas stramm gezogenen Scheidenwundränder beim Nähen besser aneinander».

(Auszug als Referat).

Diskussion:

Dr. Hoerschelmann: Wichtig ist die Vereinigung der gerissenen Muskulatur. Dieses erreicht man durch Vereinigung des Scheidenrisses, oder aber durch tiefes Nähen des Dammrisses.

Dr. v. Keyserlingk: Auf die Detailmethode kommt es weniger an. Die Hauptsache ist, dass die Scheidenwunde exakt vernäht wird.

5) Dr. v. Krusenstiern-Hapsal: «Hapsal und seine Kurmittel».
Der Vortrag fiel aus.

V. Sitzung.

Von 4—6 Uhr nachmittags.

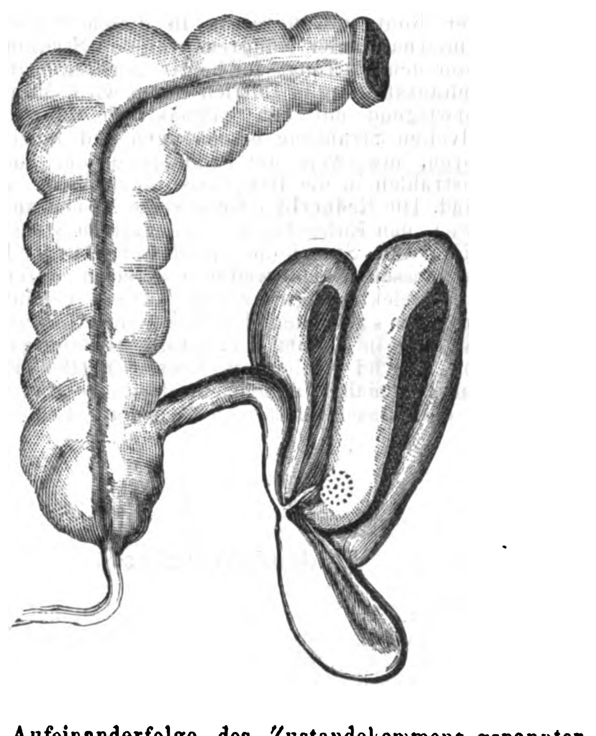
1) Dr. Baron Maydell-Reval: Statistische Uebersicht der im Laufe eines Jahres in der ambulatorischen Klinik in Reval beobachteten Krankheiten der Verdauungsorgane.
Der Vortrag fiel aus.

2) Dr. Harms-Reval: Meckels Divertikel in klinischer Bedeutung und sich daran schliessende Komplikationen.

Redner bespricht eingangs angeborene Darmanomalien und betont die Häufigkeit des M. D. nach Statistiken englischer Autoren etwa in 2 pCt. aller darauf untersuchten Leichen. Nach genauer Schilderung des entwickelungsgeschichtlichen Vorganges, welcher zu M. D. führt, erwähnt Redner die ver-

Digitized by Google

schiedenen anatomischen Formen, die bisher in der Literatur beobachtet worden und beleuchtet die anzutreffenden pathologisch-anatomischen Veränderungen des M. D. Darauf geht Redner zum Kern seines Vortrages über und bespricht weitläufig die klinische Bedeutung des M. D. und die sich daran schliessenden Komplikationen, deren er folgende hervorhebt: 1) Das M. D. kann in einen Bruchsack eingehen resp. von Darmschlingen incarceriert und gefangen werden und ein derartiger Vorgang führt zu einem Symptomenkomplex, der unter dem Bilde der Darmoklusion verläuft. 2) Das M. D. kann sich um eine Darmschlinge herumschlagen und dieselbe abschnüren oder es zieht ein von seinem blinden Ende ausgehender Strang zum Nabel und stranguliert Darmschlingen und führt so zu Strangulations-Ileus. 3) Es fangen sich Fremdkörper im M. D. und geben Veranlassung zu Entzündungen. 4) Es kommt zu der in neuerer Zeit von Blurt und Malgaigne beschriebener Divertikulitis. 5) Ein gangränös gewordener M. D. führt gelegentlich zu lokaler resp. diffuser septischer Peritonitis. Diesen eingehenden Ausführungen anschliessend berichtet Redner über einen von ihm im Sommer glücklich operierten Fall von M. D. Ausgezeichnet war der Fall dadurch, dass sich alle oben genannten Komplikationen an ihm vereint fanden, bis auf eine diffuse aber nur serös-fibrinöse Peritonitis: Eine vom Redner ausgeführte Zeichnung zeigte die Details



und die Aufeinanderfolge des Zustandekommens genannter Komplikationen. Im Anschluss empfiehlt Redner die Anfüllung der Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung in zweifelhaften Laparotomiefällen, verbunden mit grossen Blutverlusten und führt aus seiner Praxis eine Laparotomie nach Stichverletzung der Art. mesent. an, die so behandelt zu voller Genesung führte.

(Autoreferat).

Dr. Greiffenhagen bestätigt die Schwierigkeit der Diagnose Divertikulitis gegenüber der Appendicitis: Ein circa 25-jähriger junger Mann erkrankte unter allen Zeichen einer akuten Appendicitis. Zunächst konservative Therapie. Als progrediente Peritonitis befürchtet werden musste—Laparotomie. Die Operation ergab Strangulation einer Dünndarmschlinge durch ein rings um dieselbe geschlagenes eitrig infiltriertes und zum Teil gangränöses Meckel'sches Divertikel. Konsekutive Peritonitis purulenta progred. Tod nach 24 Stunden. Die Appendix wurde bei der Operation intakt gefunden. Ein Meckel'sches Divertikel von circa 10 ctm. Länge und der Dicke einer kindlichen Dünndarmschlinge fand Gr. ferner gelegentlich der Radikaloperation einer rechtsseitigen Leistenhernie als einzigen Bruchinhalt. Resektion, Darmnaht, Heilung per primam.

3) Dr. Greiffenhagen-Reval: a) Ueber Appendicitis. b) Referate über neuere Erfahrungen in der Kriegschirurgie.

Redner bespricht zunächst die Aetiologie der akuten Appendicitis und weist darauf hin, dass jegliche Ursache, die eine Enteritis hervorzurufen vermag, indirekt zugleich Ursache einer Appendicitis werden kann. Fremdkörper spielen eine nur untergeordnete Rolle. In bezug auf die pathologisch-anatomische Einteilung der Appendicitisformen verweist Gr. auf die jüngst publizierte Arbeit Büngner's (Langenbeck's Archiv B.), dessen Indikationsstellung bezüglich der Operation er sich anschliesst. Gr. rät zur Frühoperation nur in den ersten 48 Stunden. Im übrigen während des akuten Anfalles nur Abszesseröffnung ohne prinzipielle Aufsuchung des Wurmfortsatzes. Die Intervalloperation führt er mit dem Sprengel'schen Längsschnitt und 3-etagiger Bauchnaht ohne Drainage aus. Nur in nicht ganz einwandsfreien Fällen Drainage mittelst Gazestreifen. Ein Rezidiv ist nie eingetreten (circa 80 Fälle), wohl aber in einigen Fällen Adhäsionsbeschwerden.

(Autoreferat.)

Diskussion:

Dr. Meder ist dafür, nur nach Eiter zu suchen, diesen zu entleeren, und den Wurmfortsatz nicht dann zu entfernen, wenn schon Eiter vorhanden ist.

Dr. Harms stimmt, was die Frühdiagnose anbetrifft, Gr. bei und berichtet über einen, von ihm operierten Fall in zweiter Attacke der prima heilte. Ferner soll stets auch bei Perforationsperitonitis operiert werden. H. berichtet von einem gleichfalls von ihm operierten Commilitonen, der pulslos in die Klinik kam und genas; es verblieb nur ein Bauchwandbruch infolge der laugdauernden Tamponade.

In seinem Referat über neuere kriegschirurgische Erfahrungen bespricht Gr. Arbeiten von v. Bergmann, Küttner, Matthiolius, Hage etc. und erläutert an der Hand von Zeichnungen die Wirkung der kleinkalibrigen Vollmantelgeschosse, betont die Wichtigkeit der primären Wundversorgung (Asepsis in der Feuerlinie und auf dem Hauptverbandplatz) nach den fundamentalen Grundsätzen E. v. Bergmann's und demonstriert eine Anzahl deformierter Vollmantelgeschosse und Granatsplitter.

(Autoreferat.)

(Schluss folgt.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Professor Dr. W. Zoege von Manteuffel ist am 18. August nach Dorpat, der Stätte seiner Lehrtätigkeit, zurückgekehrt. Die Verwundung, von der wir in der vorigen Nr. berichteten, scheint, wie die «Nordl. Ztg.» schreibt, verheilt zu sein, da Prof. Zoege den Verband bereits abgelegt hat.

— Das beratende Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Prof. emer. der Moskauer Universität, Geheimrat Dr. Lëwschin, ist krankheitshalber vom Dienst im Militär-Medizinalressort verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Geheimrat.

— Der langjährige Direktor des Heidelberger pathologisch-anatomischen Instituts, Prof. Dr. Julius Arnold, beging am 6./19. August seinen 70. Geburtstag, aus welchem Anlass ihm mehrfache Ovationen zuteil wurden. Der Jubilar ist gegenwärtig der älteste Lehrer der Heidelberger Universität, an welcher er sich vor 42 Jahren als Dozent für pathologische Anatomie habilitierte und im Jahre 1866 zum Professor dieses Faches ernannt wurde.

— Verstorben: 1) Am 15. Juli auf der Insel Sachalin der Arzt der von der Grossfürstin Jelissaweta Feodorowna ausgerüsteten Sanitätskolonne, Dr. Narzissow, welcher dort in den Kämpfen gegen die Japaner gefallen ist. Wenn wir uns nicht irren, war der Verstorbene vor dem Kriege freipraktizierender Arzt in Petersburg. 2) In Jalta am 6. August der Moskauer Arzt Dr. Michael Frohnstein im Alter von 52 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher seit 1876 die Praxis ausübte, war Inhaber einer Heilanstalt für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten und Arzt der Philanthropischen Gesellschaft in Moskau. 3) Am 25. Juli der Landschaftsarzt im Kirchdorf Rasskasowo (Gouv. Tambow) Dr. Leonid Kosmin im 46. Lebensjahre an Herzparalyse. Der Verstorbene hatte seine medizinische Ausbildung auf der Moskauer Universität erhalten, welche er 1885 mit dem Arztgrade absolvierte, worauf er in den Dienst der Tambowschen Landschaft trat. In den letzten 3½ Jahren leitete er, wie Dr. G. A. Kohan dem «Russ. Wratsch» mitteilt, das Landschafts-Hospital in Rasskasowo, wo er als geschickter Chirurg zahlreiche grössere Operationen ausführte. Der Verstorbene hat seine Frau mit 5 Kindern, von denen 3 die Schule besuchen, ganz mittellos hinterlassen. Die Beerdigungskosten wurden von der Landschaft bestritten und man darf hoffen, dass die Landschaft, der Dr. Kosmin 20 Jahre seiner ärztlichen Tätigkeit gewidmet hat, auch bei der Erziehung seiner Kinder

Digitized by Google

behülflich sein wird. 4) Auf seiner Besitzung in Zehlendorf (bei Berlin) Prof. Dr. Heinrich Laehr, Begründer und früherer Leiter der bekannten Anstalt «Schweizerhof» für Nerven- und Gemütskranke, im 86. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher die Anstalt i. J. 1853 gründete, galt als einer der hervorragendsten Vertreter der Irrenheilkunde. Sehr umfangreich war neben L's praktischer Tätigkeit auch sein Wirken auf dem Gebiet der medizinischen Literatur.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Evangelisches Feldlazarett. Für hervorragend eifrigen Dienst und Mühewaltung während des Krieges ist mittelst Befehls vom 18. Juni d. J. dem Bevollmächtigten und Oberarzt des Evangl. Feldlazaretts Dr. Oskar v. Schiemann der Annenorden III. Klasse, dem Ordinator Dr. Wold. Lange der Stanislausorden II. Klasse und den Ordinatoren Dr. Eugen Kaegler und Dr. Robert Bierich der Stanislausorden III. Klasse verliehen worden. Zugleich wurde der dem Evangel. Lazarett attachierte deutsche Stabsarzt Dr Friedrich Schaefer durch den Annenorden III. Klasse mit Schwertern ausgezeichnet.

Die Medaille «für Tapferkeit» am Georgsbande haben die beim Ev. Lazarett beschäftigten Studenten der Medizin Ludwig Schulz und Konst. Makkaweiski, sowie 7 Schwestern und 5 Sanitäre erhalten. Ausserdem ist der Feldscher des Lazaretts Anton Timoschkow durch eine silberne Medaille «für Eifer» am Stanislausbande ausgezeichnet worden. Unter den Schwestern und Sanitären sind nur diejenigen dekoriert worden, die zufällig der von dem Lazarett ausgerüsteten Fliegenden Kolonne angehört haben.

— Die Gesellschaft des Russischen Roten Kreuzes hatte laut Abrechnung zum 1. August 1905 zu Kriegsbedürfnissen nur noch ein Kapital von 3,450,386 Rbl. 59 Kop. zur Verfügung. Bis zu diesem Termin waren 20,107,186 Rbl. 49½ Kop. vereinnahmt und 22,340,157 Rbl. 26½ Kop. zu obigen Zwecken verausgabt worden.

— Der Voranschlag der Ausgaben des Roten Kreuzes im Fernen Osten stellt sich für den Augustmonat auf 734,309 Rbl. Zum 1. August war ein freier Ueberschuss von 535,000 Rbl. in den Kassen vorhanden, so dass noch ein Restbetrag von 200,000 Rbl. zu decken bleibt.

— Die Rückkehr der Aerzte vom Kriegsschauplatz bildet jetzt nach dem erfolgten Friedensschlusse eine brennende Frage nicht allein für die Aerzte selbst und ihre Angehörigen, sondern auch für viele Ortschaften des Reiches, in welchen sich ein empfindlicher Mangel an Aerzten fühlbar macht. Nach der von den «Birsh. Wed.» auf Grund früherer Erfahrungen angestellten Berechnung sind die Aussichten auf eine baldige Rückkehr der Aerzte jedoch keineswegs tröstliche. Nach dieser Berechnung ist die Rückkehr der ersten Truppenteile mit ihren Aerzten nicht vor 6–7 Monaten zu erwarten, während die an Lazaretten und Hospitälern beschäftigten Aerzte diese nicht verlassen können, solange sich Schwerverwundete noch in Behandlung befinden. Die Rückkehr der letzten Truppenteile mit ihrem ärztlichen Personal ist nach der Meinung des Blattes sogar nicht vor Ablauf von 2½ Jahren zu erwarten, da sie nach dem letzten türkischen Kriege erst nach ca. 1½ Jahren erfolgte.

— Freistellen für im Kriege erblindete Soldaten sind dank den Spenden einiger Wohltäter an der hiesigen Blessig'schen Blindenanstalt eröffnet worden. Die Anstalt ist eine Blinden-Handwerksschule mit drei- bis vierjährigem Lehrkursus. Nach Erlernung eines Handwerks (Korbflechterei oder Bürstenbinderei) werden die Zöglinge zu weiterer selbständiger Arbeit unter Fürsorge seitens der Anstalt entlassen. Vorbedingung zur Aufnahme in diese Anstalt ist daher neben vollständiger unheilbarer Blindheit im übrigen guter Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit. Aufnahmealter nicht über 30 Jahre. Zurzeit könnten 6 blinde Krieger Aufnahme finden. Diejenigen Herrn Kollegen, die in Lazaretten, Evakuationskommissionen etc. Gelegenheit haben, erblindete Soldaten anzutreffen, werden ersucht von dieser Mitteilung im Interesse der Blinden tunlichst Gebrauch machen zu wollen. Adresse der Anstalt: Убѣжище для слѣпыхъ, учр. въ память Д-ра Б. Ф. Блессига. Лѣсная ул. № 2. С.-Петербургъ.

B.

Von Universitäten, med. Instituten u. Kongressen.

— Der Rektor der Warschauer Universität, Doktor der Physik Silow, ist auf seine Bitte verabschiedet worden.

— An der Universität Dorpat (Jurjew) haben zu Anfang dieser Woche die Immatrikulationen der neueintretenden Studierenden begonnen. Es waren bereits über 400 Gesuche um Aufnahme eingelaufen, darunter wieder die Mehrzahl von Zöglingen geistlicher Seminare, die sich bekanntlich nach einem Aufnahmeexamen zu unterwerfen haben das ihnen aber nach bisheriger Erfahrung nicht gerade schwierig gemacht wird. Die Immatrikulation wird sich, wie in den letzten Jahren, wohl noch durch einige Zeit hinziehen. Wie wir der «Nordl. Ztg.» entnehmen, ist am 18. August der 20,000. Student an der Dorpater Universität immatrikuliert worden. Es ist der stud. med. Alexei Nikolajew aus St. Petersburg, wo er das Abiturientenexamen am 10. Gymnasium bestanden hat.

— Ein internationaler Kongress für Radiologie. Selten hat eine wissenschaftliche Entdeckung in so kurzer Zeit solch weite Kreise gezogen und auf vielen Gebieten der exakten Forschung eine so gewaltige Umwälzung herbeigeführt wie die Röntgen-Strahlen. Der beste Beweis dafür ist die Tatsache, dass kurz nach der Abhaltung des grossen Berliner Röntgen-Kongresses in diesem September wiederum ein internationaler Kongress für das Studium der Radiologie unter dem Patronat der belgischen Regierung anlässlich der Weltausstellung in Lüttich tagen wird. Man wird sich diesmal vorwiegend mit den radioaktiven Substanzen und ihrer rätselvollen Strahlung beschäftigen und dabei vielleicht auch erfahren, inwieweit die Bemühungen der Therapeuten, die Radiumstrahlen in die Heilpraxis einzuführen, von Erfolg gewesen sind. Die Rednerliste weist erste Namen auf: Henri Becquerel, den Entdecker der radioaktiven Stoffe; Svante Arrhenius aus Stockholm; Professor Birkeland aus Christiania, dessen Name weiteren Kreisen durch die Konstruktion der elektromagnetischen Kanone bekannt wurde; William Ramsay, den Entdecker der Umwandlung der Radiumemanation in Helium; Himstedt (Freiburg); Riecke (Göttingen); Righi (Bologna); Lassar (Berlin) und viele andere. Man darf daher annehmen, dass der Radiologenkongress für die Wissenschaft von besonderer Bedeutung werden wird.

Epidemiologisches.

— Cholera. Wie der Dieb in der Nacht, hat die verheerende Seuche das westpreussische Weichselgebiet, augenscheinlich von Russland aus, überfallen. Jedenfalls sind die ersten bei Kulm (in der Nähe von Thorn) vorgekommenen und letal verlaufenen Fälle von asiatischer Cholera an Arbeitern konstatiert, die auf Flössen aus Russland angekommen waren. Man ahnte nichts von der drohenden Gefahr, da kein einziger Fall von Choleraerkrankung aus Russland gemeldet worden war. Und jetzt mehren sich die Erkrankungen trotz aller erdenklichen Vorsichtsmassregeln. Bis zum Mittag des 2. September (20. August) waren in Preussen insgesamt 43 Erkrankungen und 17 Todesfälle zu verzeichnen. In Hamburg ist am 16. (29.) August ein russischer Auswanderer, der 2 Tage vorher direkt aus Russland mit der Bahn angekommen war, an der Cholera gestorben. Die Sektion der Leiche und die bakteriologische Untersuchung bestätigte diese Diagnose. Auch in Galizien sind bereits mehrere Fälle von Cholera asiatica konstatiert worden, die ersten an Flössern, die aus Thorn zurückgekehrt waren.

Selbstverständlich sind alle erforderlichen Sicherheitsmassregeln getroffen worden.

Der Auswanderungsverkehr aus Russland und Galizien über Hamburg ist gesperrt und Amerika hat für Zwischendeckpassagiere den 6-tägigen Aufenthalt in einer Quarantänestation vor Antritt der Ueberfahrt vorgeschrieben. Russischerseits sind von dem Sanitätskomitee des Warschauer Gouvernements ebenfalls die weitesten Massregeln für den Fall des Auftretens der Cholera ergriffen und Sanitätsstationen an allen Land- und Flussgrenzpunkten an der preussischen und österreichischen Grenze errichtet worden. Der in dem Warschauer Komitee, wie der Telegraph meldet, ausgesprochenen Ansicht, dass die Cholera in Deutschland von der Seeseite eingeschleppt sei, widerspricht die Tatsache, dass der erste am 16. August bei Kulm konstatierte Cholerafall einen russischen Flösser, der mit seinem Floss erst vor kurzem aus Russland angekommen war, betraf.

Digitized by Google

— **Meningitis cerebrospinalis.** Das Ministerium des Innern hat den Gouverneuren Massregeln zur Vorbeugung gegen die Ausbreitung der Cerebrospinal-Meningitis empfohlen, die vom Medizinalkonseil als notwendig erkannt worden sind: 1) Die ungesäumte Regelung der Wohnungsverhältnisse der Arbeiter und die Festsetzung prophylaktischer Massnahmen in Schulen und Pensionen; 2) Organisierung von bakteriologischen Untersuchungen des Schleimes der Mund- und Nasenhöhle auf den Wunsch von Aerzten und Privatpersonen; 3) Ergreifung von Massregeln zur Unschädlichmachung von Wohnungen, in denen sich Kranke befunden haben; 4) Ergreifung von Massnahmen zur Isolierung Kranker, 5) Beobachtung von Personen, die sich in Räumlichkeiten befanden, in denen die Krankheit auftrat.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. Aug. d. J. 9474 (189 mehr als in d. Vorw.), darunter 880 Typhus — (44 mehr). 943 Syphilis — (44 mehr), 209 Scharlach — (2 mehr), 120 Diphtherie — (14 mehr), 79 Masern — (12 mehr) und 12 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis zum 13. August 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
399	280	679	141	62	157	13	9	21	44	61	52	55	32	24	6	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 12, Scharlach 8, Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 13, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 1, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 56, Ruhr 19, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 5, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 68, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungskanals 142, Totgeborene 25.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства.

Совершенно не раздражаетъ. Охотно принимается. Хорошо усваивается. Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными подделками.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Asterol
Thigenol
Thigenolseife
Sulfosotsirup
Sirolin

Digalen
Haltbare Lösung in Originalflac. von 15 ccm. (1 ccm. Lösung = 0,3 mgr. Digitox. sol. Cloetta).
Anwendung: per os, per rectum, subcutan, intravenös und intramusculär. Keine Cumulativwirkung. Kein Latenzzustand.

Arsylin
Eiweisspräparat.
Enthält Phosphor und Arsen in entgifteter Form.

Thiocol
Guajacolderivat. Antituberkulöse Wirkung experimentell und klinisch festgestellt.
Völlige Löslichkeit, absolute Geruchlosigkeit, gänzliche Reizlosigkeit, grosse Resorbierbarkeit.
Thiocoltabletten 0,5 gr.

Airol
Geruchloser ungiftiger Ersatz des Jodoforms.

Aneson
Protylin
Brom-Protylin
Eisen-Protylin
pulv. & tabl.

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^IE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Digitized by Google

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—12.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw**, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin-Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Tannalbin (Knoll)

Erprobtes Antidiarrhoicum,

geschmacklos, stört Appetit und Verdauung in keiner Weise; erhältlich in Pulver und Tabletten.

Triferrin (Knoll)

p-Nucleins. Eisen.

Enthält organ. Phosphor, steigert den Haemoglobingehalt d. Blutes u. wird vom schwächsten Magen vertragen.

Literatur und Proben kostenlos!

KNOLL & Co. * LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (64) 10—9.

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER

VICHY

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (63) 18—7.

Bad Wildungen.

(Deutschland)

Privatklinik für Harnkranke.

Dr. Rörig II (Reinhard).

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit **dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.
Frau Minna Rieser, geb. Franke. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.
Frau L. A. Bogoslowskaja, Ertelefl Pereulok № 16, Qu. 6.
J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.
Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.
Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

Довв. цена. Спб., 27 Августа 1905г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

CENTRAL LIBRARY, UNIV. OF MICH.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 35 St. Petersburg, den 3. (16.) September. 1905.

Inhalt: Stud. med. Roman Adelheim: Ueber die Langerhansschen Inseln im Pankreas und ihre Beziehung zum Diabetes. (Schluss.) — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Protokolle des II. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval. — Tagesnachrichten. — Anzeigen.

(Aus dem histologischen Institut der Universität Dorpat. Direktor Prof. Dr. P. A. Poljakow.)

Ueber die Langerhansschen Inseln im Pankreas und ihre Beziehung zum Diabetes.

Von stud. med. Roman Adelheim aus Reval.

(Schluss).

Wir haben uns schon kurz bekannt gemacht mit der Theorie, die in den Langerhans'schen Inseln selbstständige Organe sieht, welchen eine besondere Funktion zukommt, bestehend in einer inneren Sekretion, wie wir sie auch bei der Schilddrüse, der Nebenniere, der Hypophysis cerebri u. s. w. annehmen. Wenn wir uns den Bau der uns interessierenden Bauchspeicheldrüse vergegenwärtigen: ihre reiche Vaskularisation, die Struktur der Zellen und ihre Anordnung um die Kapillaren, so lässt sich nicht verkennen, dass sie in der Tat zu einer solchen Art von Tätigkeit sehr geeignet erscheint.

Wir müssen uns die Frage stellen: worin besteht die physiologische Arbeit der Inseln und welche Rolle spielt das hypothetische Sekret ihrer Zellen im Organismus?

Als Lagusse 1893 mit seiner Theorie der inneren Sekretion der Inseln hervortrat, waren schon die berühmten Versuche v. Mehrings und Minkowskis (1889) bekannt. Diesen Forschern gelang die Exstirpation des Pankreas. An den Versuchstieren (Hunden) kam nach der Exstirpation regelmässig ein schwerer Diabetes zustande. Andererseits hatten Unterbindungen des Hauptausführungsganges, — Versuche, die wir namentlich Hedon und Tiroloix verdanken, keinen Diabetes zur Folge, ein Beweis dafür, dass nicht der Pankreas-Saft sondern nur das Produkt einer inneren Sekretion der Drüse diesen Einfluss auf den Zuckerstoffwechsel ausüben kann. Diese innere Sekretion wurde den typischen Pankreas-Zellen zugeschrieben, da sich die Langerhans'schen Inseln keiner sehr grossen Popularität unter den damaligen Gelehrten erfreuten. Erst als Diamare von neuem, auf eine breitere Basis gestützt, die innere Sekretion der Inseln betonte, wurde allseitig eine grössere Aufmerksamkeit auf sie verwendet und ihre Funktion in Zusammenhang mit der Regulierung des Zuckerstoffwechsels gebracht. Die Versuche Sobolew's und, unabhängig von ihm, Schulze's, ergaben, dass nach Unterbindung des Pankreasganges, die, wie oben erwähnt, keinen Diabetes nach sich zieht, das Drüsenparenchym einer starken Atrophie verfällt, mit der eine mehr oder weniger starke Sklerose parallel geht, welche zu einem völligen Schwunde des Drüsenparenchyms führen kann. Die Inseln dagegen erweisen sich, auch bei vorgerückter Sklerose, ganz normal. Erst in ganz späten Stadien werden die Inseln ausnahmsweise in den sklerotischen Prozess hineingezogen.

Widerspruch fanden diese Versuche bei Hansemann und Mankowski, die, bei Wiederholung derselben Experimente, konstatieren konnten, dass auch die Inseln stets, wenn auch später als das Pankreasparenchym, in den atrophischen und sklerotischen Prozess hineingezogen werden. Nun hat aber in neuester Zeit Sauerbeck (1904) die überraschende Tatsache festgestellt, dass am 30. Tag nach der Unterbindung beim Kaninchen, gleichzeitig mit dem Schwunde der Inseln, Zucker im Harn auftritt. Es ist also das Beweismaterial, welches für eine innere Sekretion der Inseln und ihren Zusammenhang mit dem Zuckerstoffwechsel spricht, kein geringes. Nur v. Hansemann hat sich, obgleich er die Inseln als besondere Organe anerkennt, gegen ihre Beziehung zum Zuckerstoffwechsel ausgesprochen. Neuerdings ist v. Hansemann zu der Ansicht zurückgekehrt, dass die Inseln variabele Dinge seien, dass ihre Zahl wechseln könne.

Kehren wir nun zu unseren Experimenten an weissen Mäusen zurück. Bei der Zucker-Diät sind die Inseln klein und färben sich nur schwach oder garnicht mit Safranin. Man kann sich das so erklären, dass die safranophile Substanz, die sich in den Insel-Zellen in Form von feinen Körnchen befindet, sich in die Blutkapillaren ergossen hat. Bei der Stärke-Diät sind die

Digitized by Google

Inseln wohl klein, färben sich aber bedeutend besser mit Safranin. In diesem Falle ist die Arbeit des Pankreas eine doppelte: sie besteht erstens in der Wirkung des diastatischen Ferments, die die Stärke innerhalb des Darmkanals in Zucker und Wasser zerlegt, und zweitens in der Wirkung der von den Inselzellen ausgeschiedenen Substanz, die sich jedenfalls nicht mehr innerhalb des Darmtraktus abspielt. Bei der Talg-Diät sind die Inseln gross, vollsaftig und färben sich stark mit Safranin, d. h. sie befinden sich im Stadium der Ruhe. Beim Hungern färben sich die Inseln gleichfalls stark rot, sind aber etwas kleiner als im vorhergehenden Falle, was erklärlich ist durch die Kürze der Zeit, in der sie sich vor dem Eintritt des Todes im Stadium der Ruhe befinden.

In welcher Art nun die Wirkung des von Inselzellen ausgeschiedenen Ferments auf den Zuckerstoffwechsel vor sich geht, darüber ist man noch lange nicht im klaren. Bunge, der übrigens die innere Sekretion den Drüsenzellen zuschreibt, glaubt, dass eventuell der fragliche Stoff bei den Funktionen gewisser Teile des zentralen Nervensystems eine Rolle spielt, und dass von diesen Nervenzentren aus der Stoffwechsel in den Muskeln beeinflusst werde, deren Nahrungsmaterial der Zucker bildet. Sauerbeck ist sich über die Art des Einflusses auch nicht im klaren. Aller Wahrscheinlichkeit nach, meint er, ist er ein indirekter. «An der Regulierung des Zuckerstoffwechsels haben nämlich zweifellos ausser dem Pankreas auch gewisse Teile des Nervensystems sowie die Leber wesentlichen Anteil. Diese drei Faktoren wirken nicht unabhängig von einander, vielmehr in der Weise, dass direkt nur die Leber Hyperglykaemie und Glykosurie erzeugen kann; und zwar geschieht dies durch Steigerung der Umsetzung von Glykogen in Zucker (Cl. Bernard). Nervensystem und Pankreas können dieselben Erscheinungen bedingen, indem sie in der Leber eine solche Steigerung der Zuckerbildung hervorrufen. Normalerweise scheint das Nervensystem einen anreizenden, das Pankreas einen hemmenden Einfluss auszuüben; daher Diabetes bei Reizung des Nervensystems einerseits, bei Unterdrückung der Funktion des Pankreas anderseits. Was das Pankreas betrifft, so scheint es seinen Einfluss auf die Leber (direkt) vermittelst eines «inneren» Sekretes auszuüben». Wird nun eine innere Sekretion des Pankreas angenommen, und das nehmen ja auch die Autoren, denen die Existenz der Inseln nicht bekannt war, an, so ist es doch am naheliegendsten, sie den Langerhans'schen Inseln zuzuschreiben, die durch ihren Bau durchaus geeignet erscheinen, diese Art Funktion auszuüben.

Wenden wir uns nun der Diabetesforschung zu. Es stehen sich jetzt 2 Lager mit vollständig verschiedenen Ansichten gegenüber. Die einen sehen in den Veränderungen des Drüsenparenchyms die Ursache des Diabetes, die andern — in Veränderungen der Langerhans'schen Inseln. Als Hauptvertreter der ersten Theorie kann wohl Hansemann gelten, der in 34 Diabetes-Fällen nur 6 mal Veränderungen in den Inseln konstatieren konnte, dagegen in allen Fällen eine einfache Atrophie des Parenchyms, kombiniert mit einem chemisch entzündlichen Prozess vorfand; er nannte diese Veränderung Granularatrophie wegen ihrer Aehnlichkeit mit der Granularatrophie der Niere und sieht in ihr das für Diabetes Charakteristische, da sie bei anderen Erkrankungen nicht bemerkt wurde, — eine Anschauung, der sich Herxheimer voll anschloss.

Die Verfechter der 2. Theorie (Opie, Sobolew Weichselbaum-Stangl, Truhart, Fischer, Sauerbeck) weisen einstimmig auf die Verminderung der Zahl der Inseln bis zum völligen Schwunde (Sobolew) und auf pathologische Veränderungen der Insel hin, die in nicht diabetischen Drüsen nie gefunden werden. Jedoch weist zuweilen das Parenchym gleichfalls Veränderungen auf, die in einer einfachen Atrophie mit einer mehr oder weniger ausgebreiteten Sklerose bestehen. Was nun die pathologischen Veränderungen in den Inseln anbetrifft, so sahen Weichselbaum und Stangl, die wohl als Hauptvertreter der Inseltheorie gelten können, die Atrophie derselben in drei Formen auftreten: erstens als einfache Atrophie, dann als Vakuolisation und Verflüssigung (hydropische Degeneration), endlich als Atrophie unter Vermehrung des Bindegewebes. Gleichzeitig erwiesen sich in allen 32 von ihnen untersuchten Fällen die Zahl der Inseln vermindert, in mehreren Fällen so bedeutend, dass man selbst in grösseren Schnitten in keinem einzigen Lobulus eine Insel finden konnte.

Von anderen Veränderungen, die sonst noch in den Inseln bei Diabetes getroffen worden sind, seien erwähnt: Blutungen, fettige Degeneration, akute und chronische Entzündung und hyaline Degeneration. Letztere Veränderung ist zuerst von Opie (1901) beschrieben worden Sie besteht darin, dass um die Kapillaren der Insel unregelmässige hyaline Schollen gelagert sind. Die Zellen sind an diesen Stellen zu Grunde gegangen, die angrenzenden klein und atrophisch. Sauerbeck, der diese Veränderungen sehr eingehend studiert hat, verhält sich, in Anbetracht dessen, dass die charakteristischen Merkmale der Inselzellen sehr wenig scharf hervortreten, sehr reserviert gegenüber der Stellungnahme Opie's. Ueber den Ursprung des Hyalins sind sich die Autoren noch nicht im klaren, die einen leiten es von den Kapillarwänden ab, die anderen von den Inselzellen.

Diesen Befunden stehen nun allerdings eine Reihe von Untersuchungen gegenüber, die keine Veränderungen der Inseln bei Diabetes konstatieren (Yonewa y-Oertel, Gutmann u. a.) und in denen als Hauptursache auf eine interacinöse Bindegewebsentwickelung und Atrophie (ähnlich wie v. Hansemann und Herxheimer) hingewiesen wird.

Mir standen leider nur 2 Fälle von Pankreas-Diabetes zur Verfügung. Beide Fälle, aus der medizinischen *Klinik* von Professor Dehio, kamen im hiesigen pathologischen Institut zur Sektion.

Fall I. Pankreas klein, wiegt 90 gr. Makroskopisch nichts Besonderes bemerkbar. Der acinöse Bau ist deutlich sichtbar.

Mikroskopische Untersuchung: In Schnitten aus der cauda pancreatis macht sich eine mehr oder weniger beträchtliche interlobuläre Bindegewebsentwickelung bemerkbar, welche in der Nähe grösserer Ausführungsgänge und Blutgefässe grössere Dimensionen annimmt. Dieses Bindegewebe ist stellenweise reich an jungen Bindegewebszellen, stellenweise liegen in ihm nur spärliche spindelförmige Kerne. Anderseits bemerkt man auch hier und da eine starke intertubulöse Bindegewebsentwickelung, die die dazwischenliegenden Tubuli zur Atrophie oder gar zum völligen Schwunde gebracht haben.

Stellenweise fallen, in grösseren Bindegewebsmassen, zahlreiche kleine Lumina auf, die mit einem kubischen Epithel, das alle charakteristischen Eigenschaften des Epithels der kleinen Ausführungsgänge trägt, ausgekleidet sind. Wir haben es hier aller Wahrscheinlichkeit nach mit einer Wucherung der kleinen und kleinsten Ausführungsgänge zu tun, wie man sie auch in der Leber nicht selten beobachtet. Lazarus, Gutmann Sobolew haben dieselben Beobachtungen gemacht. Gutmannn gab der Meinung Ausdruck, es hier eventuell mit adenomatösen Wucherung zu tun zu haben.

Die Bindegewebswucherung ist jedoch durchaus nicht auf das ganze Pankreas ausgebreitet, sondern beschränkt sich auf einzelne mehr oder weniger grosse Gebiete, während die dazwischen liegenden Stellen normal ent-

Digitized by Google

wickeltes Bindegewebe und vollständig gesunde Tubuli zeigen. Stellenweise trifft man die schon oben als «Uebergangsbilder» besprochenen, sich mit Eosin stark färbenden Zellgruppen. Was nun die Langerhans'schen Inseln betrifft, so ist ihre Zahl stark vermindert und in einigen Schnitten fehlen sie sogar ganz. Die noch erhaltenen Inseln zeigen deutliche Veränderungen. Einige sind einer einfachen Atrophie verfallen, ihre Bindegewebskapsel ist stark verdickt, andere dagegen sind stark sklerosiert, und zwar so, dass nur noch an ihrer Peripherie eine Reihe von Inselzellen zu sehen ist. Die Bindegewebsentwickelung macht sich namentlich um die Inselkapillaren herum stark bemerkbar. Ich möchte noch betonen, dass man solcher Art veränderte Inseln auch inmitten vollständig normalen Pankreas-Parenchyms treffen kann. Im Bindegewebe oder auch inmitten des Parenchyms bemerkt man zuweilen kleine Bindegewebsknötchen; es wäre nicht unmöglich, dass diese Knötchen in Bindegewebe umgewandelte Inseln darstellen.

Nur in einer Insel beobachtete ich eine Haemorrhagie, die die Hälfte der Inselzellen zertrümmert hatte.

Fall 2. Pankreas stark atrophiert, wiegt 72 gr. (das normale Gewicht ist 90—120 gr.).

Makroskopisch nichts Besonderes bemerkbar.

Mikroskopische Untersuchung: Starke Atrophie des Parenchyms, interlobuläre Bindegewebswucherung, doch nicht so stark, wie im ersten Fall. Das Bindegewebe ist derb, spärlich mit spindelförmigen Kernen versehen. Die Opie'schen modifizierten Drüsenschläuche sind nicht zu finden. Das intertubulöse Bindegewebe ist normal, nicht gewuchert.

Die Langerhans'schen Inseln sieht man äusserst selten, die erhaltenen sind stark atrophiert, teilweise mit einer Bindegewebskapsel umgeben. In einigen Schnitten, aus dem Corpus pancreatis, findet man nach dem sorgfältigsten Durchsuchen keine einzige Insel. Eine Bindegewebsentwickelung in den Inseln fehlt.

Wir sehen also, dass in beiden Fällen die Inseln Veränderung, in quantitativer wie in qualitativer Beziehung aufwiesen. Mit einer Verminderung ihrer Zahl war im ersten Falle eine einfache Atrophie und Atrophie mit Bindegewebshyperplasie, im zweiten Falle nur eine einfache Atrophie zu konstatieren, Veränderungen, aus denen wir mit vollem Recht auf eine Funktionsstörung der Inseln schliessen dürfen.

Allerdings weist nun auch das Parenchym Veränderungen auf, bestehend in einer Atrophie des Parenchyms und interlobulärer, wie intertubulöser Bindegewebsvermehrung.

Diese Veränderungen als Ursache des Diabetes anzusehen, sind wir jedoch nicht berechtigt, da die Erfahrung lehrt, dass diese Veränderungen, auch wenn sie noch stärker ausgeprägt sind, keinen Diabetes zur Folge haben, solange nur die Inseln nicht in den atrophischen Prozess hineingezogen werden.

Die Inseln erweisen sich als äusserst widerstandsfähige Organe gegenüber den verschiedenartigsten pathologischen Prozessen des Pankreas. Durch die Experimente von Schultze, Sobolew, u. a. ist das auch auf experimentellem Wege festgestellt.

In den 14 von mir untersuchten menschlichen Bauchspeicheldrüsen von Nichtdiabetikern habe ich die verschiedenartichsten pathologischen Veränderungen angetroffen. In einer Hinsicht jedoch glichen sie sich alle, nämlich darin, dass die Inseln weder in ihrer Zahl vermindert wären, noch irgend welche Zeichen einer pathologisch-anatomischen Alteration aufwiesen. Wir finden auch in der Literatur keinen einzigen Fall von Inselveränderung bei einem Nichtdiabetiker. Das Gegenteil, d. h. das Vorkommen normaler Inseln bei Diabetikern, ist, wie wir oben gesehen haben, ja oft verfochten worden.

Wir dürfen hierbei aber nicht vergessen, dass manche Formen der Glykosurie (z. B. die alimentäre) auch ohne Inselerkrankung zustande kommen könnte und dass die Störung der sekretorischen Funktion der Inseln vielleicht nicht immer mit sichtbaren anatomischen Veränderungen verbunden ist. Die Anfangsstadien der Inselerkrankung mögen sich oft genug dem anatomischen Nachweis entziehen.

In der Literatur finden wir Fälle von Pankreas-Diabetes beschrieben, bei denen nur die Inseln pathologisch verändert waren, während das übrige Parenchym sich als vollständig normal erwies. Hier haben wir es mit einer primären Erkrankung der Inseln zu tun. Anders verhält es sich dagegen in den Fällen, wo auch das übrige Parenchym pathologisch verändert ist und es ist hier durchaus nicht ausgeschlossen, dass der pathologische Prozess erst sekundär die Insel ergriffen hat. Auch Opie behauptet, dass nur die interstitielle Bindegewebsentwickelung die Insel mit ergreift, während die interlobuläre sich ausschliesslich auf das Parenchym beschränkt.

In seinen neuesten Untersuchungen (Voss) hat Hoppe-Seyler gefunden, dass bei Menschen mit Arteriosklerose der Gefässe der Bauchorgane nach Einnahme einer grösseren Menge von Kohlehydraten, viel leichter eine alimentäre Glykosurie eintritt, als bei gesunden Menschen. Hoppe-Seyler glaubt, dass Arteriosklerose und Diabetes in sehr engen Beziehungen zu einander stehen, da eine Verdickung der Gefässwände den Austritt des Inselsekrets in die Blutgefässe verhindern kann. Die durch die Arteriosklerose verursachten tropischen Störungen könnten wohl auch die sekretorische Tätigkeit der Inseln beeinträchtigen.

Wenn wir somit über eine Reihe von schwerwiegenden Beweisen zugunsten der inneren Sekretion der Inseln und zugunsten ihrer Beziehung zum Zuckerstoffwechsel und speziell zum Diabetes verfügen, so ist doch diese Theorie infolge der negativen Befunde bei Diabetes noch lange nicht allgemein anerkannt. Noch auf der letzten Sitzung der deutschen pathologischen Gesellschaft (Berlin, Mai 1904) hat sie heftigen Widerspruch erfahren. Wir wollen hoffen, dass durch ein fortgesetztes anatomisches Studium des diabetischen Pankreas, wobei auch die klinischen Daten, wie es auch Sauerbeck betont, berücksichtigt werden müssen, die Frage nach der physiologischen und pathologischen Bedeutung der Langerhans'schen Inseln definitiv entschieden werden wird.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Poljakow für die Ueberlassung des Themas, wie für das Interesse, dass er meiner Arbeit entgegengebracht hat, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur:

Pischinger: Beiträge zur Kenntnis des Pankreas. Inaug.-Dissert. München 1895.

Schlesinger: Die Erkrankung des Pankreas bei hereditärer Lues. Virch. Arch. Bd. 154. 1898.

Lewaschew: Veränderung der Pankreaszellen bei starker Absonderungstätigkeit. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 26. 1886.

Mankowski: Mikroskop. Veränderungen im Pankreas etc. Virch. Arch. Bd. 159. 1902.

Langerhans: Ueber den feinen Bau des Pankreas. Inaug.-Diss. Berlin 1869.

Dogel: Ueber die Ausführungsgänge des Pankreas des Menschen. Arch. f. Anat. u. Entw. 1893.

Gottlieb: Beitr. zur Physiol. u. Pharmakol. der Pankreassekretion. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 33. 1894.

Gutmann: Zur Histologie des Pankreas. Virch. Arch. 1904. Suppl.

Hansemann: Ueber die Struktur und das Wesen der Gefässinsel im Pankreas. Verhdlg. d. dtsch. pathol. Gesellsch. 1901.

Yoneway und Oertel: Bemerk. zur Pathologie der Zuckerharnruhr. Virch. Arch. Bd. 171. 1903.

Oppel: Pankreas. Ergebnisse d. Anat. 1902.

Digitized by Google

Sauerbeck: Die Langerhans'schen Inseln etc. Virch. Arch. 1904. Suppl.
Schulze: Die Bedeutung der Langerhans'schen Inseln im Pankreas. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 56. 1900.
Schmidt: Münch. med. Wochenschr. 1902. Nr. 2.
Sobolew: Ueber die Struktur der Bauchspeicheldrüse etc. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 11. 1900.
Sobolew: Ueber die Struma der Langerh. Insel. Virch. Arch. 1904 Suppl.
Weichselbaum und Stangl: Veränderungen des Pankreas bei Diabetes. Wiener klin. Wochenschr. 1901. Nr. 41 und 1902 Nr. 38
Jarotzki: Veränderungen in d. Grösse und im Bau der Pankreaszellen bei einigen Arten der Inanition. Virch. Arch. Bd. 156. 1899.
Schabad: Zur Frage über den Pankreasdiabetes. Moskau. 1895 (russisch).

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 17. November 1904.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. J. Eliasberg einen Fall von Alopecia areata:

Die Krankheit begann vor 2 Jahren, im Verlauf von 2 Monaten ist dann der gesamte Kopf kahl geworden, nur 2, ca. 10-kopekenstück grosse Stellen sind behaart; sonst auch mit der Lupe keine Haare zu sehen. Vortragender hat nach Raymond Acid. salicyl. 1,0
Naphthol β 5,0
Acid. acetic. crystallisat . . . 7,5
Ol. Ricini 50,0
nachts einreiben und am Tage
$Hg.Cl^2$ 0,25
Tinct. Cantharid 12.5
Glycerini. 25,0
Spiritus. 75,0
einpinseln lassen. Diese Kur dauerte $1^1/_2$ Monate. Darauf wurde 5% Chrysarobintraumaticin-Lösung angewandt, bis Reizerscheinungen eintraten, welche mit der Lassar'schen roten Zinnobersalbe beseitigt wurden.

Die angewandte Therapie zeigt schon, dass die Aetiologie der Alop. ar. noch dunkel ist, denn sie trägt sowohl dem eventuell parasitären, als auch dem trophoneurotischen Ursprung des Leidens Rechnung.

Was das Resultat anbelangt, so sieht man bereits an den meisten Stellen feine Lanugohärchen auftreten. (Autoreferat).

Dr. P. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber thorakale Ostealgien».

H. beschränkt sich auf eine vorläufige Mitteilung, einmal wegen der vielfachen Unvollständigkeit seiner Krankenbeobachtungen in der Ambulanz, sodann, weil das, was ihm seit Jahren als etwas Neues aufgefallen ist, dennoch überhaupt, vornehmlich in den ihm ferner stehenden Disziplinen, schon lange bekannt sein konnte und ihm nur in der Literatur entgangen war. Er sei darum darauf gefasst, schon in dieser Versammlung eines besseren belehrt zu werden. Wenn er trotz dieser Erwägungen sich gleichwohl zur Mitteilung entschliesst, so geschehe es, weil jene eigenartigen Erscheinungen, gemessen an seiner Erfahrung, was auch ihr Grund sein mag, Beachtung verdienen, die, wie es ihm scheint, ihnen noch nicht zu teil geworden ist.

Es handelt sich hierbei um oft anfallsweise auftretende lebhafte Schmerzen am Brustbein, seinem Anhange und den falschen Rippen, ohne dass irgend welche Abhängigkeit dieser Schmerzen von Laesionen des Knochens oder Periostes, wie primäre oder metastatische Entzündungen, Tumoren etc., oder von Erkrankungen des Brustraumes, der Wirbelsäule oder des Rückenmarkes für ihn erkennbar oder auch nur wahrscheinlich war. Ebensowenig lagen in seinen Fällen auffallende Zeichen der Hysterie oder Neurasthenie, irgend welche konstitutionelle Krankheiten oder endlich Traumen, auf die die Erkrankung hätte bezogen werden können, vor. Er nehme daher eine primäre Schmerzerzeugung im Knochen selber aus noch zu ermittelnden Gründen an und bezeichne diesen Zustand in Anlehnung an analoge Fälle als Ostealgie.

Bei den sternalen Schmerzen dieser Art entstände leicht der Verdacht einer wahren Angina pectoris, während der Rippenschmerz an Pleura und Nierenaffektionen, ren mobilis, Nierenkolik etc. denken liess. Doch war der klinische Befund in allen seinen Fällen nach dieser Seite und überhaupt ein im wesentlichen negativer. Hingegen war ihm die Abhängigkeit dieser Schmerzen von statischen Momenten wahrscheinlich, Lage der Organe, Art der Beschäftigung, Druck der Kleidung etc.

Dieser Auffassung fügten sich leichter die Fälle mit Lokalisation des Schmerzes am proc. xiphoid., der dann auch immer besonders lang war und deutlich vorsprang, während er andere Male garnicht zu fühlen ist. Er erscheine darum bei solcher Beschaffenheit, ebenso wie die falschen Rippen, analog dem os coccygis, mechanischen Insulten besonders ausgesetzt. Weniger leuchte diese Beziehung in den Fällen von Schmerz des corpus sterni ein, wobei jedoch bedacht werden muss, dass auch hier, namentlich bei seinem an das manubrium stossenden Teil, mannigfache Druck- und Zugwirkungen zur Geltung kommen, so dass es sich auch hier um analoge Entstehung der Schmerzen handeln könnte.

Doch wolle er auf diese hypothetische Deutung der Schmerzen an den genannten Stellen vorläufig kein Gewicht legen, da es ihm jetzt nur darauf ankomme, solche ungewöhnliche, vom Knochen ausgehende Schmerzanfälle überhaupt zu konstatieren.

H. geht nun zu den einzelnen Typen dieser Schmerzzustände über.

1. Ostealgie des Corpus sterni. Der Sitz des Hauptschmerzes entsprach der Höhe des 2. und 3. Rippenpaares. Neben dem spontanen bestand starker Druckschmerz der angegebenen Stelle und der angrenzenden Rippenenden, meist auch Hyperalgesie der Haut, regelmässig endlich Druckempfindlichkeit zweier oder dreier oberer Brustdornfortsätze. Andere Sensibilitätsstörungen wurden nicht konstatiert. Der Schmerz trat ähnlich der Angina pectoris in Anfällen, auch mit Oppressionsgefühl auf und strahlte seitlich, auch in den Rücken, in einem Falle in den linken Arm aus. Mehrmals lagen Störungen vasomotorischer Art vor. Im übrigen negativer Befund, nur einmal arteriosklerotische Merkmale an Herz und Gefässen.

Gerade der sonst ja so häufige und hinlänglich bekannte sternale Druckschmerz sei ihm in diesen Fällen als ungewöhnlich eigenartiger aufgefallen. Es erscheine ihm von Wichtigkeit, diesem Schmerz in Fällen angenommener und wahrscheinlicher wahrer Stenokardie die Aufmerksamkeit zuzuwenden. Aus seiner eigenen Erfahrung heraus sei er zur Zeit, trotz eines recht grossen Aktenmaterials, nicht imstande anzugeben, wie sich in dieser Beziehung die wahre, coronarsklerotische Angina pectoris verhält. Aber auch sonst sei er auf keine Angaben über diesen doch wichtigen Punkt gestossen. Selbst Rosenbach schweige darüber, obschon er und zwar, soviel Vortragender bekannt, bisher als einziger, einen starken Druckschmerz des proc. xiphoideus und Schmerzen des Sternums bei den seiner Theorie nach myogenen pseudostenokardischen Anfällen überhaupt erwähnt. Verhielte es sich nun wirklich, wie es augenblicklich scheint, so, dass dieser Druckschmerz bei der wahren Stenokardie fehlt und *ein* Merkmal von Anfällen nur ähnlicher Erscheinung, aber *doch* anderer Natur bildet, so wäre das differentiell-diagnostisch und prognostisch von grosser Bedeutung. Doch könne da seiner Ansicht nach noch nichts entschieden werden, vielmehr bedürfe das ganze Material einer Revision in dieser Beziehung, deren Resultate noch abzuwarten wären. In einem Fall höchst wahrscheinlicher coronarsklerotischer Angina pectoris, beobachtet in diesem Jahre, konnte er einen starken Druckschmerz des Corpus sterni in der Höhe des 3. Rippenpaares entsprechend dem Spontanschmerz feststellen. So mag es sich aber noch in vielen Fällen dieser Art verhalten.

2. Ostealgie des proc. xiphoideus. Die Unabhängigkeit der Schmerzen dieses Typus von Erkrankungen innerer Organe falle hier mehr auf, und um so wahrscheinlicher sei ihre primäre Entstehung im Knochen, mag es sich dabei um eine Knochenneurose auf neurasthenischer Basis oder um palpable arthritische Veränderungen handeln, wofür 2 Fälle sprechen. Auch hier bestand als Hauptphänom neben dem spontanen, in Anfällen auftretenden und nach verschiedenen Richtungen ausstrahlenden Schmerz lebhafte Druckempfindlichkeit des hier immer deutlich vorspringenden proc. xiphoideus. Spinalirritation hingegen fehlte, einen Fall ausgenommen. In einem dieser Fälle waren die seit mehreren Jahren bestehenden Anfälle in letzter Zeit sehr heftig und endeten oft mit Erbrechen. Die Fälle des 1. und 2. Typus betreffen meist Frauen. Was endlich den 3. Typus, die Ostealgie der falschen Rippen betrifft, so herrschte hier die Konstanz der Schmerzen vor. Fällen dieser Art war Vortragender schon in früheren Jahren oft im Krankenhause, meist bei männlichen Personen der arbeitenden Klasse begegnet, wobei ihm zuerst die starke Druckempfindlichkeit besonders der Spitze der 11. oder 12. Rippe oder auch beider, meist einseitig, aufgefallen war, ohne dass sich dafür eine Ursache im Organbefunde finden liess. Hier und da lag auch eine mehr als gewöhnlich bewegliche Niere derselben Seite vor, die jedoch nicht schmerzte und ihm ausser jedem Zusammenhange mit den Beschwerden zu stehen schien.

Auf Grund aller dieser Wahrnehmungen, für die vom Vortragenden als Beleg mehrere Krankenbeobachtungen aus der Privatpraxis verlesen werden, gelangt er zu der Auffassung, dass das Thoraxskelet, insbesondere das Sternum und sein

Digitized by Google

Anhang, sowie die falschen Rippen gelegentlich der primäre Sitz ausstrahlender starker Schmerzen ist, die innere Organaffektionen vorzutäuschen vermögen. Dass hierbei auch der konstitutionelle Faktor von Bedeutung sei, halte er für sehr wahrscheinlich, sei es, dass es sich um blos gesteigerte Empfindlichkeit oder um konstitutionelle Krankheiten, Gicht, Anämie etc. handele. Jedenfalls aber glaube er aus dem Sitze und den anderen Eigentümlichkeiten des Schmerzes auch auf die hervorragende Bedeutung statischer Momente schliessen zu dürfen, die hier, ähnlich wie bei der Coccygodynie von Einfluss seien und zu ähnlichen Erscheinungen führten. (Autoreferat).

Dr. Krannhals hat besonders bei Herzneurosen diesen Schmerz am Sternum gefunden, bei den pseudostenokardischen Zuständen, und ebenso oft an der 5. und 6. Rippe in der M.-Linie; oft ist hier schon die einfache Perkussion sehr schmerzhaft und erst recht ein Druck auf den Knochen. Ausgesprochenen Sternal-Schmerz hat er auch bei neuropathischen jungen Mädchen oft gesehen, durch Druck der Kleider wurde er oft verstärkt: auf allgemeine Behandlung gegen Anämie schwanden die Schmerzen oft. Er erinnert sich, dass Dr. Hampeln schon zur Zeit seiner Tätigkeit im Krankenhause auf diesen Schmerz aufmerksam gemacht hat und dass dann einigemal bei der Sektion an derselben Stelle ein Knochenherd gefunden wurde; in einem Falle wurde eine Rarefizierung der spongiosa des Sternums an dieser Stelle gefunden. Die Druckempfindlichkeit der Rippen hat er immer mit Enteroptose in Verbindung gebracht, hat dann Hängebauch etc. gefunden: er hat den Schmerz hier auf eine Zerrung bezogen; zuweilen ist es ihm gelungen diesen Schmerz durch Massnahmen gegen den Hängebauch, Binden etc., durch Massage zu heben.

Dr. Kröger hat gleichfalls einige Fälle erlebt, wo durch Druck auf die Costae fluctuantes Schmerzen ausgelöst werden konnten. Eine Erkrankung der Interkostalnerven, sowie der interkostalen Weichteile war hier ebenso ausgeschlossen. Dagegen zeigte sich ein eigentümlicher Zusammenhang dieses Druckschmerzes mit einer rheumatischen Erkrankung des M. longissimus dorsi, der sich folgendermassen begründen liess: Bei Fixation der Rippe war der Druck auf dieselbe schmerzlos. Der Schmerz trat nur auf, wenn die Rippe in toto bewegt wurde. Genau derselbe Schmerz wurde bei Druck auf die langen Rückenmuskeln vom Pat. angegeben.

Dass die Rippe hier nicht selbständig erkrankt war, sondern nur die Rolle eines einarmigen Hebels spielte, wobei ihr mit genanntem Muskel verwachsenes Ende eine Zerrung desselben verursachte, ging daraus hervor, dass eine systematische Behandlung des Muskels mit Massage und Bädern den Druckschmerz an den Rippen beseitigte. Auch war es während der Massage gelungen, tiefsitzende — also etwa den Muskelinsertionen an den Rippen entsprechende anatomische Veränderungen in Form von Verdichtungen und Schwielen durch die Palpation nachzuweisen und durch Massage zum Schwinden zu bringen.

Da in den von Dr. Hampeln vorgeführten Fällen dieser besprochene Zusammenhang nicht ausgeschlossen worden, so wäre immerhin auch hier an einen solchen zu denken. (Autoreferat).

Dr. E. Schwarz weist auf die Schwierigkeit der Beurteilung des Schmerzes im allgemeinen hin und im speziellen auf die Hampelnschen Fälle. Bei Gelenkneurosen sei oft dasselbe der Fall; die Gelenke sind zuweilen sehr druckempfindlich, so dass man den Eindruck hat, dass dort der Sitz der Krankheit sei. Zur differentiellen Untersuchung hat Thomas Brodie empfohlen, eine Hautfalte über dem Gelenk aufzuheben: in den Fällen von Gelenkneurose ist dies ebenso schmerzhaft wie der Druck selbst auf das Gelenk. Die Gelenkneurosen zieht man in das Gebiet der Hysterie, diese Krankheit muss dabei in Betracht gezogen werden. Die 9. und 10. Rippe war am Rücken z. B. in einem Fall sehr druckempfindlich. Nach Applikation des faradischen Pinsels war der Schmerz verschwunden. Oft ist es sehr schwer zu entscheiden, welcher Teil der Symptome auf das Organleiden und welcher Teil als allgemeines Leiden aufzufassen ist; hier sind auch durch Hypnose Erfolge erzielt worden, was sich dadurch erklären lässt, dass die hysterischen Symptome, welche unter dem Bilde einer organischen Erkrankung auftraten, günstig beeinflusst wurden.

Die Coccygodynie hält er besonders für ein Analogon zu dem von Hampeln erwähnten Schmerzpunkt am Sternum.

Dr. Schabert hat oft bei ptotischen Zuständen über Schmerzen in den Mamillen klagen hören, er fragt, ob Hampeln diese Fälle ausschliesst; zweitens will er wissen, ob keine Hyperaesthesie der Haut vorlag und ob Dr. Hampeln auch die Druckpunkte der J. C. R. in den Bereich der Besprechung hineingezogen wissen will.

Dr. Schönfeldt: Wenn man bei einer Untersuchung glaubt, dass der Kranke an einem funktionellen Leiden erkrankt sei, so wird man den Pat. nicht noch weiter fragen, ob er an anderen Punkten auch Schmerzen habe; man muss bewusst vernachlässigen.

Dr. Kröger hat nicht diese Fälle gemeint, sondern nur solche, welche er als rheumatisch angesehen habe.

Dr. Behr möchte besonders 2 Gruppen unterscheiden: 1) Schmerzen, welche bei Hysterischen vorkommen, 2) Schmerzen, welche auf Schwielenbildung bei den Muskelinsertionen beruhen; er hat z. B. beobachtet, dass Schmerzpunkte im Nacken zurückzuführen waren auf solche Schwielen.

Prof. Bäumler giebt solche Schwielenbildung auch für die Brustmuskulatur an. Was die Hampelnschen Fälle anlangt, so ist ihm aufgefallen, dass die Schmerzen in solchen Fällen oft nachts auftreten; er hat daran gedacht, dass sie wohl durch Zerrungen der Muskeln zu erklären seien, wenn im Schlaf extreme Bewegungen gemacht worden sind.

Dr. E. Schwarz: Wenn Dr. Schabert die ganze Region hineinbeziehen will, so hat er z. B. oft eine Druckempfindlichkeit unterhalb der Mamillen gesehen in Fällen, wo das Herz ganz normal war; hier ist aber dann auch das typische Symptom bei Aufhebung einer Hautfalte zu konstatieren. Doch diese Fälle hat Dr. Hampeln nicht gemeint, er hat jene gemeint, wo, wie es scheint, der Knochen selbst druckempfindlich ist, die Analogie dieser ist die Coccygodynie und der Gelenkschmerz. Die hysterischen Schmerzen, welche man durch eine Hyperaesthesie der Gehirnrinde erklären muss, muss man hier bei Seite lassen. Einmal hat er am obern Drittel der Tibia eine Druckempfindlichkeit gesehen; schon hatte er den Gedanken eine Operation vornehmen zu lassen, als nach dem faradischen Pinsel die Empfindlichkeit schwand.

Dr. Behr fragt, ob auf Anaesthesie geprüft worden ist? (Ja. Dr. Hampeln).

Dr. Schönfeldt hat Dr. Hampeln so verstanden, dass die Schmerzen bei negativem Befund vorkommen, nicht bei Schwielenbildung in den Muskeln.

Dr. Kröger: Erst nach langer Uebung kann man die Schwielen finden; er habe sich speziell mit diesem Gegenstand lange beschäftigt und könne daher die Schwierigkeit der Untersuchung beurteilen.

Dr. Voss stellt die Frage ob die von Dr. Hampeln, geschilderten Schmerzen ein bekanntes Bild der Hysterie darstellen, oder etwas ganz Neues seien.

Dr. Hampeln ergreift das Schlusswort und bemerkt, dass es sich in dem eben Geäusserten zum Teil um ergänzende Beobachtungen handelt, sonst könne es sich ja auch, da keine Beobachtungstatsachen als solche feststehen, nur um abweichende Deutungen der Tatsachen handeln. Von Dr. Behr und Dr. E. Schwarz glaube er am besten verstanden worden zu sein.

Was die Ausführungen von Krannhals betrifft, so habe er von der bekannten und alltäglichen Herzneurose mit ihren Schmerzlokalisationen ganz abgesehen ebenso von dem so häufigen Sternalschmerz als Teilerscheinung allgemeiner hysterischer Hyperaesthesie. Gegen Kröger bemerkt er, dass es sich sehr wohl um die von Kröger angegebene Aetiologie handeln könne. In seinem Falle scheine sie aber nicht vorgelegen zu haben, da die leiseste Berührung der Rippenenden, ohne Bewegung, schon lebhaft schmerzte, auch handelt es sich in einzelnen Fällen um jugendliche Individuen.

Schabert habe er zu antworten, dass er bei der Aufforderung zu vergleichenden Untersuchungen wesentlich den Sternalschmerz als den klinisch wichtigsten im Auge gehabt habe, da es sich hier um die wichtige Frage nach der etwa vorliegenden wahren Stenokardie handle. Kommt nicht auch bei Stenokardie Druckschmerz des Sternums vor? Darum handelt es sich besonders, und zu Untersuchungen nach dieser Richtung habe er in erster Reihe aufgefordert.

Zu den Ausführungen von Behr und Schwarz endlich bemerkt er, dass er in seinen Fällen keine anderen Zeichen einer Neurose, als die Spinalirritation habe ermitteln können. Allerdings habe es sich nur um grobe Prüfungen gehandelt. Auf die von ihm auch noch festgestellten Analogien des Sternalschmerzes, besonders des proc. xiphoideus mit der Coccygodynie habe er selber hingewiesen.

Im ganzen scheine ihm aus der Diskussion hervorzugehen, dass solche Symptomenbilder, wie etwa die von ihm mitgeteilten, doch nicht wahrgenommen und etwas Unbekanntes seien und es ihm um so mehr daran liegen könnte, darauf hinzuweisen.

Dr. Klemm: Nach der Ausschliessung des Schmerzes als neurologischen kommen auch noch andere Momente in Betracht. Nach Infektionskrankheiten entstünden z. B. im Knochen zuweilen Herde, Erweichungen, so besonders nach Typhus abdomn. Fränkel hat das Mark der Wirbelkörper untersucht und hier Infiltrationsherde von Leukocyten und Kerne, welche als Knochenmarkzellen zu deuten waren gefunden. Auch nach Influenza sind solche Herde im Knochenmark zu finden. Gelegentlich könnte auch diese Erklärung als Grund für den Schmerz herangezogen werden, z. B. auch in leichten Fällen von Tonsillarerkrankung; auch die Gonorrhoe kann solche Herde erzeugen. Schliesslich kommt auch noch die Lues in Betracht.

Digitized by Google

Dr. Krannhals behält sich vor, nächstens auf die Knochenschmerzen bei Typhus einzugehen; es sei schon möglich, dass zuweilen die von Dr. Klemm skizzierten Knochenveränderungen an dem Knochenschmerz schuld seien; die posttyphösen Knochenschmerzen sind oft gutartig, vergehen ohne Operation.

Dr. Hampeln betont Dr. Kröger gegenüber, dass der Rippenschmerz auch beim Heben der Rippe zur Beobachtung kam, nicht aber nur beim Druck auf dieselbe. Dr. P. Klemm gegenüber meint er, dass in seinen Fällen der Schmerzpunkt doch zu typisch immer auf derselben Stelle sich befand, als dass man annehmen könnte, dass in allen Fällen früher eine Infektion stattgefunden haben könnte. Er betont noch einmal, dass ihm das Interessanteste das zu sein scheine, zu erfahren, ob dieser Schmerz auch bei Patienten vorkäme, welche an stenokardischen Anfällen leiden.

Zum Schluss und im Anschluss an seinen Vortrag referiert Dr. Hampeln über folgenden seines Erachtens Interesse erregenden Fall, der die verschiedensten Auffassungen erfahren hat und dessen Natur natürlich auch jetzt noch diskutabel bleibt:

Frau P. 35 J. alt, leidet seit 3 J. an thorakalen Schmerzen der linken Seite hinten unten. Sie wären teils konstant und schwach, träten aber auch und zwar in den letzten Monaten anfallsweise und recht heftig auf, einmal wöchentlich oder auch einmal im Monat, hauptsächlich links hinten unten über der Wirbelsäule, von da zum Epigastrium, zu den Schultern, zur Mitte der Wirbelsäule und in den Leib ausstrahlend. Dauer der Anfälle 5—15 Min., in letzter Zeit einige Male auch 1—2 St. Sie treten besonders abends auf. Dabei häufiger Schweiss und Urindrang, sowohl vor als auch nach dem Anfall. Zuweilen, unabhängig davon, Arm- und Beinschmerzen. Stuhl- und Periode normal, überhaupt sonst gesund, «nur nervös». Temper. nicht gemessen. Etwas Abmagerung in dieser Zeit, besonders der Brüste. Mann gesund. Drei lebende, gesunde Kinder.

Gelegentlich einer Konsultation in einer Stadt des Reiches wurde, wie Patientin, deren Referaten ich hierin folgen muss, mitteilt, ein «Nierenleiden» angenommen, bei normalem Harn. Der verordnete Gebrauch von Contrexéville hatte keinen Erfolg, es wurde sogar schlechter. Wohl aber ging Harnsand ab. Sie kehrte zu ihrem Wohnort zurück, in dem drei Auffassungen ihres Leidens Vertretung fanden: «Tumor, Pleuritis, Darmaffektion». Darauf konsultierte sie wieder in einer anderen Stadt einen Kollegen, der einen Tumor ausschloss und ein «Nervenleiden» diagnostizierte. Harn auch dort normal. Es wurden warme Seebäder verordnet. Der Gebrauch von 22 dieser Bäder blieb ganz ohne Wirkung. Letzter starker Anfall vor 3 Wochen. Darauf Konsultation an einem vierten Ort, mit dem Ergebnis, dass es sich um «eine Neurose, vielleicht aber auch um eine Rückenmarksaffektion» handele. Hierauf wandte sich Patientin, angeblich zu mir geschickt, an mich.

Ich fand eine wohl aussehende Frau von kleinem Wuchs vor mir mit den von ihr bereits angegebenen atrophischen Brüsten, die aber sonst äusserlich nichts Auffallendes bot, deren Organbefund auch ein völlig negativer war. Keinerlei Anaesthesien oder Analgesien, Hyperaesthesien oder Hyperalgesien an Rumpf und Extremitäten. Dornfortsätze und Bewegungen der Wirbelsäule, sowohl aktive als passive, nicht empfindlich. Linke Niere bei tiefer Inspiration palpabel, aber nicht empfindlich. Das einzige auffallende war ein starker Druckschmerz der Spitze der linken elften, weniger der 10. und 12. Rippe. Geringe Druckempfindlichkeit auch rechts. Rippen (tief liegend, rechts mobil). Keine interkostalen Druckpunkte. Geringe Druckempfindlichkeit des Epigastriums. Wie bereits bemerkt, erscheine ihm die Natur dieses merkwürdigen Falles nach wie vor diskutabel. Seine lange Dauer bei anhaltend negativem Organbefund spräche aber doch gegen ein ernsteres inneres Organleiden oder eine Wirbelsäulenerkrankung. Um so mehr käme die Möglichkeit der Abhängigkeit der Beschwerden von dem von ihm angenommenen Typen der kostalen Osteoalgie in Betracht. Wenigstens war der Rippenschmerz das einzig objektive Lokalsymptom. Angeordnet wurde von ihm Reform der Kleidung und eine im allgemeinen kräftigende Lebensweise, endlich innerlich Arsen und Eisen. Ob diese Anordnungen von Erfolg gewesen seien, würde er übrigens kaum jemals erfahren.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Protokolle des II. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 24., 25. und 26. September 1904 zu Reval.

(Schluss.)

4) Dr. von Wistinghausen-Reval: Erfahrungen an 56 Fällen von Eröffnung des Brustfellraumes durch Messerstichverletzung.

Redner erinnert zunächst daran, dass die Eröffnung des Brustfellraumes im allgemeinen zu den gutartigen Verletzungen gehört, solange es sich um sie allein handelt, das heisst, solange keine ernsteren Nebenverletzungen vorhanden sind, resp. keine Infektion eintritt. Weitaus die Mehrzahl der zu besprechenden Fälle nahm einen günstigen Verlauf.

Was die Diagnose anlangt, so ist sie einfach, wenn durch die Wunde bei der Atembewegung die Luft hörbar durchstreicht, oder wenn Hustenstösse deutlich Luft durch die Wunde herausbefördern, oder das dort liegende Blut Blasen zeigt, die immer wieder neu entstehen, oder endlich, wenn ein die Wunde umgebendes Emphysem des Unterhautzellgewebes vorhanden ist. Schwieriger ist die Diagnose, wenn das Emphysem fehlt, was z. B. in den vom Redner beobachteten 56 Fällen 28 mal der Fall war. Ist kein Emphysem vorhanden, so ist der hypersonore Perkussionston, die Art der Atmung, die Dyspnoe und die Atmungsbehinderung durch den Schmerz diagnostisch gut zu verwerten, ebenso wie die Lokalisation des Schmerzes. Giebt Patient als schmerzhaft blos die Stelle der Wunde an, dann ist keine Perforation vorhanden. Eine solche muss angenommen werden, wenn auch noch andere Stellen des Brustkorbes als empfindlich bezeichnet werden, so namentlich die vordere Partie des entsprechenden Rippenbogens. Die in den nächsten Tagen am unteren Lungenrande zu konstatierende Dämpfung und die sonstigen Zeichen der Pleuritis aseptica bestätigen dann die auf Bluterguss gestellte Diagnose. In schweren Fällen macht die Diagnose keine Schwierigkeit. Dann ist Dyspnoe und Schmerzhaftigkeit, sowie Austritt von zu Schaum geschlagenem Blute aus der Wunde und Blutspeien vorhanden. Die Hauptblutung stammt gewöhnlich aus der Wunde, in der die Intercostalis dann zu unterbinden ist.

Die Prognose kann man in der Mehrzahl der Fälle günstig stellen, jedoch ist bekanntlich die Gefahr der Komplikationen nicht an die Schwere der Verletzung gebunden, es sei denn, dass starke Nebenverletzungen vorliegen. Vortragender hat von seinen 56 Patienten 3 verloren. In günstigen Fällen ist der Verlauf der Krankheit ein sehr mannigfaltiger. Einen ideal glatten Verlauf giebt es nicht, jedoch sind die Krankheitserscheinungen manchmal sehr gering und bestehen nur in Temperaturerhöhung, Stichen in der Seite, event. Dämpfung in geringer Ausdehnung, was alles als Reaktionserscheinung von Seiten der Pleura aufzufassen ist, und bald schneller, bald weniger schnell verschwindet. Ist die Pleura infiziert und dadurch ein Empyem entstanden, so sind die Zeichen hochgradiger Intoxikation vorhanden, das Fieber ist hoch, die Dyspnoe stark, die Dämpfungsgrenze erweitert sich zusehends, und allgemeine Unruhe sowie hoher Puls sind zu beobachten. Bei den 53 günstig verlaufenen Fällen trat sechsmal Empyem ein, und wurde die Rippenresektion gemacht, ebenso, wie in den 3 letal verlaufenen Fällen.

Therapeutisch muss nach Reinigung und Desinfektion der Wunde, wobei das Sondieren zu unterlassen ist, eine möglichst tiefgreifende Naht angelegt werden, welche nach Ansicht des Redners einem antiseptischen Okklusivverbande unbedingt vorzuziehen ist, da durch die Naht am besten die Kommunikation des Pleuraraumes mit der Aussenwelt aufgehoben wird, was zu erreichen die vornehmste Aufgabe für den Arzt ist. Redner hat bei 34 Patienten die Naht ausgeführt. Von diesen bekam nur ein einziger ein Empyem. Dagegen erkrankten von 21 tamponierten Kranken 5 an Empyem und starben 2. Die tiefe Naht ist somit als einzige richtige Therapie bei Stichverletzungen der Pleura anzusehen. Nur wenn eine Blutung aus der Tiefe die Tamponade verlangt, soll die Naht unterlassen werden. (Referat).

Diskussion:

Dr. Greiffenhagen erinnert an die Möglichkeit der Pleurainfektion vom Bronchialbaum aus. Redner hat eben einen Patienten mit Stichverletzung der Pleura in Behandlung, bei dem 2 mal Punktion des Hämatothorax gemacht worden. Der Inhalt wurde von innen her infiziert und infizierte nachträglich die Punktionskanäle, so dass Rippenresektion und Spaltung der Punktionskanäle notwendig wurde.

5) Dr. Hirsch-Reval: «Zur Abgrenzung des Begriffs der Neurasthenie».

Die Ausdrücke «Neurasthenie» und «Nervosität» haben in neuerer Zeit nicht nur im Munde des Laien, sondern auch des praktischen Arztes eine Ausdehnung gewonnen, welche dem ihnen zu Grunde liegenden Begriff nicht zukommt, und die daher dringend einer Einschränkung bedarf, umsomehr als mit der Diagnose ja auch unser therapeutisches Handeln bestimmt wird. Als das Wesentliche des Symptomenkomplexes, den wir Neurasthenie nennen, ist die Summe der in der Nervenphysiologie als «reizbare Schwäche» bekannten Erscheinungen aufzufassen, und als Prototyp der Neurasthenie überhaupt müssen wir die auch beim Gesunden vorkommende Nervenerschöpfung, die sogenannte «erworbene Neurasthenie» ansehn. Alle nervös-abnormen Zustände, welche andre Symptome, als diese, aufweisen, oder aufweisen können, dürfen nicht mehr Neurasthenie genannt werden.

Digitized by Google

Zunächst haben wir eine Abgrenzung vorzunehmen in der Reihe der degenerativen Zustände, welche mit der sogenannten angeborenen Neurasthenie beginnt, um durch die verschiedenen Etappen der Grübel- und Zweifelsucht, der mancherlei Phobien, Zwangshandlungen, Perversitäten aller Art schliesslich mit den schwersten Entartungsformen der Imbecillität und Idiotie zu enden. Hier ergiebt sich nun nach den obengenannten Kriterien, dass die «angeborene Neurasthenie» voll zum Begriff der Neurasthenie zu rechnen ist: bei ihr finden wir eben auch nur die Symptome der nervösen Erschöpfung, die aber hier infolge der angeborenen (degenerativen) Widerstandslosigkeit des Individuums nur rascher in die Erscheinung treten, als beim Gesunden. Alle weiteren der genannten degenerativen Zustände aber sind prinzipiell von der Neurasthenie zu scheiden als «konstitutionelle Psychopathien», was in der Praxis bekanntlich — und zwar auch in den schwereren Stadien der Entartung — gewöhnlich nicht geschieht; und doch ist eine solche Trennung notwendig schon wegen der verschiedenen Therapie, die diese Zustände verlangen: Neurasthenie — Ruhe, konstitutionelle Psychopathie — Arbeit. Letztere Indikation kann nur zurücktreten, soweit der konstitutionell Psychopathische daneben auch noch wirklicher Neurastheniker ist, was ja oft genug vorkommt; dann ist zuerst die Nervenerschöpfung, die Neurasthenie, durch Ruhe zu bekämpfen und dann tritt wieder die Arbeit in ihr Recht.

Weiter ist die Neurasthenie von den andern Neurosen, Hysterie und Epilepsie, abzugrenzen, was nach den genannten Kriterien in ausgesprochenen Fällen natürlich leicht ist, manchmal aber doch mit Schwierigkeiten verbunden sein kann.

Von allergröster praktischer Bedeutung ist die Abgrenzung (Differenzialdiagnose) der Neurasthenie von einigen Psychosen: I. haben wir hier solche, welche scheinbar aus reinen Neurasthenien hervorgehn, d. h. in Wirklichkeit als Prodrome, oder im ersten Stadium ähnliche Symptome zeigen können wie die Neurasthenie. Die wichtigsten dieser Psychosen sind kurz aufgezählt: die Dementia praecox, progressive Paralyse, Paranoia, einzelne organische Hirnkrankheiten (arteriosclerotische u. a.). II. solche Psychosen, die dauernd ganz unter dem Bilde einer reinen Neurasthenie verlaufen, dem Wesen nach aber durchaus verschieden von ihr sind. Es sind dies, als weitaus wichtigste, die Depressionszustände des manisch-depressiven Irreseins (besser «manisch-depressive Gemütszustände»), die in ihren leichteren Formen viel öfter als man meint dem prakt. Arzt begegnen und dann wohl ausnahmslos als «Neurasthenien» rubriziert und demgemäss behandelt werden. Solche an leichten periodisch wiederkehrenden Depressionszuständen leidende Kranke geben in ihren Klagen genau die bei der reinen Neurasthenie, namentlich in ihrer hypochondrischen Form, wieder; oft ist es schon genug, hier die richtige Diagnose zu stellen, da der Laie — Kranker und Angehörige,—zu wenig daran gewöhnt ist, Stimmungsanomalien als etwas Krankhaftes aufzufassen, und immer geneigt ist, die unwahrscheinlichsten Erklärungsversuche durch äussere Ursachen für die augenblickliche Verstimmung heranzuziehen, um nur nicht zugeben zu müssen, der Mensch sei eben verstimmt, weil er an einer periodischen, mit unfehlbarer Sicherheit eintretenden Krankheit leide. Hier feiert die Medizin in reichstem Masse unverdiente Triumphe: solche Anfälle müssen ja über kurz oder lang von selbst aufhören, das liegt eben im Wesen der periodischen Krankheit, aber: ohne greifbare Ursache keine Wirkung—denkt man, und so ist es denn das eine Mal die vom Arzt angeratene Reise, das andere Mal Brom oder Elektrizität, was die wunderbare Wirkung hervorgebracht haben muss. Da die Intervalle zwischen den einzelnen Attacken sehr lang sein können, dazwischenliegende manische Zustände aber leicht übersehen werden, oder auch ganz fehlen können, so gehört die Differenzialdiagnose zwischen Neurasthenie und periodischer Verstimmung oft zu den allerschwierigsten Aufgaben. Sie ist aber praktisch wichtig: der deprimierte Neurastheniker braucht oft Zerstreuung, der Manisch-Depressive — nur Ruhe, in etwas schwereren Fällen schon Bettruhe: jeder Versuch ihn zu zerstreuen, zum Sichaufraffen zu veranlassen, steigert die innere Qual.

Damit sind kurz die allerwichtigsten Krankheiten und abnormen Zustände genannt, von welchen die Neurasthenie scharf abgegrenzt werden muss, wenn dieser Begriff nicht in unwissenschaftlicher Nebelhaftigkeit verschwimmen soll. In praxi soll man, wie Oppenheim verlangt, Neurasthenie nur per exclusionem diagnostizieren. (Autoreferat.).

Diskussion:

Dr. v. Kuegelgen erinnert daran, dass das Pathologische der neurasthenischen Reaktion nicht nur in der Intensität, sondern besonders in der weit über den Reiz hinaus reichenden Dauer besteht. Die Differenzialdiagnose zwischen Neurasthenie und Paralyse würde in vielen Fällen erleichtert werden durch genaue Prüfung der Merkfähigkeit, die beim Neurastheniker intakt ist, während sie beim Paralytiker schon in dem Initialstadium wohl immer verringert gefunden wird.

Dr. Hirsch: In ähnlicher Weise wie bei progr. Paralyse leidet auch bei der Altersverblödung zuerst die Merkfähigkeit.

6) Beratung eventueller Fragen bez. Instruktionen für die Verwaltung.

Dr. Meder: Ich komme auf meinen Vorschlag zurück, die Stunden für die Aerztetagssitzungen anders zu verteilen.

Dieser Wunsch wird vom Vorstande zur Kenntnis genommen.

Dr. Kuegelgen: Ich proponiere, Referenten für bestimmte Themata zu wählen, welche über diese Themata in erschöpfender Weise auf dem nächsten Aerztetage berichten sollen.

Der Präses schlägt vor, Themata zu nennen gleich heute und später brieflich bis zum 1. Januar 1905, für welche Themata der Vorstand dann Referenten besorgen wird.

Die Versammlung nimmt den Vorschlag in dieser Fassung an und nennt gleich folgende Themata: a) Traumatische Neurose; b) Behandlung der ulcera corneae; c) die medizinische Seite des Versicherungswesens; d) Säuglingsernährung und Tuberkulose.

Zur Frage der Ausstellung ärztlicher Zeugnisse wird auf Vorschlag des Präses beschlossen, noch genauere Erkundigungen einzuziehen und Dr. Kusmanoff gebeten, diese Sache in die Hand zu nehmen und bis zum 1. Januar 1905 zu erledigen. Wenn Fehler in dem in der Versammlung verteilten Schriftstück vorhanden sind, so soll den Kollegen nach stattgehabter Korrektur das Schriftstück abermals zugehen.

Nachdem die eingegangenen Telegramme und das Protokoll verlesen und letzteres bestätigt worden, schliesst der Präses den II. Estländischen Aerztetag.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Allerhöchst verliehen worden ist:

Das Ehrenzeichen für 50-jährigen tadellosen Dienst — dem Leibchirurgen Seiner Majestät, wirkl. Geheimrat Dr. Hirsch, am Georgs-Wladimir-Bande, und dem ordentlichen Akademiker der Akademie der Wissenschaften, wirkl. Geheimrat Dr. med. Ph. Owsjannikow, am Wladimirbande.

Das Ehrenzeichen für 40-jährigen tadellosen Dienst am Wladimirbande — dem Obermilitär-Medizinalinspektor, Leibmedikus Dr. N. Speranski und dem Arzt am Institut Kaiser Nikolai I in Bjelostok, Staatsrat Dr. Georg Walter.

— Der Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik der militär-medizinischen Akademie, Leibchirurg Dr. Nikolai Weljaminow, ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist auf weitere fünf Jahre, d. i. bis zum 3. August 1910, in seiner bisherigen Stellung bei der Akademie belassen worden.

— Vor kurzem beging der bekannte Pathologe Dr. Otto Bollinger sein 25-jähriges Jubiläum als Professor der pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie, sowie als Direktor des pathologischen Instituts an der Universität München.

— Der Korpsarzt des 9. Armeekorps, Geheimrat Dr. Kuleschow ist krankheitshalber verabschiedet und zu seinem Nachfolger ist der Brigadearzt der 6. Sappeurbrigade Dr. Rodionow ernannt worden.

— Der Konsultant an der estländischen Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzeserhöhung, Dr. W. Heidenschild in Reval, ist auf sein Gesuch aus dem Dienst entlassen worden.

— Dr. Klemptner ist als Tuckumscher Stadtarzt bestätigt worden.

— Verstorben: 1) Im Flecken Bühten (Gouv. Taurien) der freipraktizierende Arzt Dr. Karl Paucker im 34. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und hatte seine medizinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er 1890 immatrikuliert wurde. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1897 setzte er seine Studien im Auslande fort, wo er sich hauptsächlich mit der Chirurgie beschäftigte. Der Verstorbene gehörte auch zur Reserve der Militär-Medizinalbeamten. 2) Im Mai zu Zarizyn der Arzt des örtlichen Gymnasiums Dr. Martin Sebauer im Alter von 75 Jahren an Apoplexie. Die ärztliche Praxis hat S. seit 1860 ausgeübt. 3) Am 30. Aug. hierselbst der Korpsarzt des 19. Armeekorps, wirkl. Staatsrat Dr. Nikolai Sslantschewski, im Alter von 65 Jahren nach 40-jähriger ärztl. Tätigkeit. 4) In Minsk der Senior der dortigen Aerzte Dr. Felician Komocki im 78. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene vor 52 Jahren erlangt. 5) Am 8. September n. St. zu Halle der ausserordentliche Professor der inneren Medizin an der dortigen Universität Dr. Ernst Kohlschütter im Alter von 67 Jahren. Zum Doktor med. wurde K. i. J. 1862 promoviert. 6) In Breslau der ausserordentliche Professor und I. Prosektor am Breslauer anatomischen Institut Dr. Alfred Schaper im 43. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, der in

Digitized by Google

University of Michigan

seinem Spezialfache, der Anatomie, ein Schüler Prof. Stiedas in Königsberg war, begann seine akademische Lehrtätigkeit 1894 als Privatdozent in Zürich, von wo er im Jahre darauf als Professor für Entwickelungsgeschichte an das Harvard Medical College in Boston berufen wurde. Seit 1901 gehörte Schaper dem Lehrkörper der Universität Breslau an und war dort auch Vorstand der Abteilung des anatom. Instituts für Entwickelungsgeschichte. Seine wertvollen wissenschaftlichen Arbeiten betreffen vorzugsweise Untersuchungen über die Morphologie des Kleinhirns, die Entwickelung der Linse und anderer Organe, sowie Beiträge zur Entwickelungsgeschichte und zur vergleichenden Anatomie.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Die Auflösung und Rückberufung des Evangelischen Feldlazaretts ist in der Sitzung des Evang. Lazarettkomitees am 27. Aug. infolge des Friedensschlusses im Prinzip beschlossen worden, doch dürfte die Rückkehr des Lazarett-Personals wohl nicht vor dem Oktober Monat zu erwarten sein. Das Evang. Lazarett, dessen Personal am 9. Mai 1904 von St. Petersburg seine Reise auf den Kriegsschauplatz antrat, hat nahezu einen Monat in Ljaojan, sodann ein Jahr in Gundshulin gearbeitet und zuletzt in Tschalantun ein neues grosses Lazarett eingerichtet, in welchem es seit einigen Wochen ebenfalls Kranke verpflegt hat. Während der ganzen schweren Zeit des Krieges hat das Lazarettkomitee weder an arbeitswilligen Personal-Reserven noch auch an Unterstützung mit Geld und Materialien Mangel gehabt, da durch freiwillige Spenden seitens der evangelischen Bevölkerung in Russland seit dem 1. Februar 1904 mehr als eine halbe Million Rubel für das Lazarett (nämlich mehr als 360,000 Rbl. in baar und für mehr als 140,000 Rbl. an Materialien) eingeflossen sind.

— Auf Allerhöchsten Befehl wird der frühere Chef des Sanitätswesens der aktiven Armee, Senator Trepow, auf der sibirischen Bahn die Evakuation der Kranken und Verwundeten ins Innere des Reiches und ins Ausland überwachen. In sämtlichen Hospitälern der Mandschurischen Armee und in deren Rücken gab es, wie die «Now. Wremja» erfährt, zum 1. August d. J. 17,996 kranke und 1,559 verwundete Untermilitärs, sowie 927 kranke und 78 verwundete Offiziere.

Standesangelegenheiten.

— Der Gehilfe des Medizinalinspektors in Krassnojarsk (Gouv. Jenisseisk) Dr. W. M. Krutowski, hat, dem «Ssyn Otetschestwa» zufolge, aus St. Petersburg telegraphisch die Weisung erhalten, seinen Abschied zu nehmen. — Ebenso ist der Gefängnissarzt und Ordinator am St. Alexishospital in Plozk Dr. A. Mazescha auf Grund des § 788, Teil III des Zivilkodex (wegen politischer Unzuverlässigkeit) aus dem Dienst entlassen worden. (R. Wr.).

— Im Gouvernement Ssaratow haben auch die Landschaftsärzte des Petrowskischen Kreises den Dienst gekündigt.

— Im Balaschowschen Kreise macht sich der Mangel an Aerzten sehr fühlbar, da die wenigen von der Gouvernements-Medizinalverwaltung aus anderen Kreisen dorthin abkommandierten im Staatsdienste stehenden Aerzte nicht hinreichen zum Ersatz der streikenden Landschaftsärzte. Eine von der Medizinalverwaltung in Ssaratow an die freipraktizierende Aerzte ergangene Aufforderung zur temporären Uebernahme der Funktionen von Landschaftsärzten im Balaschowschen Kreise gegen erhöhte Remuneration hat wenig Erfolg gehabt. Bis jetzt sollen sich, dem «Ssyn Otetsch.» zufolge, nur 3 Aerzte dazu bereit erklärt haben: J. M. Ssolowjew, N. Oreschnikow aus St. Petersburg und Rykunow aus Odessa.

— Der Erfinder der Weltsprache «Esperanto», Dr. Samenhof in Warschau, soll aus Stockholm die Mitteilung erhalten haben, dass er als Erfinder eines Mittels, das die Bestimmung hat, eine Annäherung zwischen den Nationen anzubahnen, als Kandidat für die Nobelprämie aufgestellt worden ist.

— Eine vielsagende Warnung vor Kurpfuscherei auf einem — Kirchhof findet sich zu Hameln. Eine Inschrift auf dem Leichensteine zweier Kindergräber vom Jahre 1792 hat nach dem «Sächsischen Korrespondenzblatt» folgenden Wortlaut:

Wir sind durch eines Pfuschers Hand
Zu früh hierher geschicket,
Zur Warnung für das ganze Land
Und den, der dies erblicket.
Sein Leben traue jedermann
Nur sich'rer Aerzte Händen an;
Geht er dann auch die Todesbahn,
Hat er doch seine Pflicht getan.

Von Universitäten, med. Instituten und Kongressen.

— Die Professoren der Augenheilkunde Dr. Emilian Adamjuk in Kasan und Dr. Leonhard Hirschmann in Charkow, welche schon längst die gesetzliche Dienstfrist ausgedient haben, sind auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden. Beide stehen im 66. Lebensjahre.

— Der Prosektor und Privatdozent der Universität Kasan Dr. Neboljubow ist zum ausserordentlichen Professor für gerichtliche Medizin an dieser Universität ernannt worden.

— Die Gründung einer medizinischen Fakultät an der St. Petersburger Universität ist, wie die Tagesblätter melden, vom Ministerium der Volksaufklärung im Prinzip beschlossen worden. Ueber den Zeitpunkt der Eröffnung dieser Fakultät ist jedoch nichts Bestimmtes zu erfahren.

— Zur Besetzung des Lehrstuhls der Chirurgie an der Universität Dorpat (Jurjew), welchen bisher Prof. Dr. Wilhelm Koch inne hatte und gegenwärtig noch mietweise bekleidet, ist ein Konkurs ausgeschrieben worden. Am schwarzen Brett der dortigen Universität findet sich nämlich folgende Bekanntmachung seitens des Dekans der medizinischen Fakultät:

1) Auf Anordnung Sr. hohen Exzellenz des Herrn Ministers der Volksaufklärung wird der Lehrstuhl der Chirurgie und chirurgischen Klinik bei der Kaiserlichen Universität Jurjew für vakant erklärt und gemäss P. 500 des XI. Bandes, Teil I, des Swod Sakonow, Ausg. v. Jahre 1893, eine Bewerbung um diesen Lehrstuhl ausgeschrieben.

2) Personen, die auf diesen Lehrstuhl reflektieren, haben an die medizinische Fakultät der Jurjewer Universität im Verlaufe von 3 Monaten, also spätestens bis zum 25. November 1905, einzureichen: a) ein diesbezügliches Gesuch, b) ihre wissenschaftlichen Arbeiten und c) ein curriculum vitae.

— Der durch den Tod von Prof. Dr. H. Wyss erledigte Lehrstuhl für gerichtliche Medizin an der Universität Zürich ist dem ausserordentlichen Professor Dr. H. Zanger übertragen worden.

— Die deutsche Gesellschaft für Augenheilkunde hat die Graefe-Medaille dem Ordinarius für Physiologie an der Universität Leipzig, Dr. E. Hering, zuerkannt. (D. med. W.).

— Die Gesellschaft der Aerzte des Gouvernements Kalisch hat zu ihrem Präses — Dr. A. Drosdowski, zum Vizepräses — Dr. W. Wilczewski und zum Sekretär — Dr. M. Kasprzak gewählt. (Kronika lek. — R. Wr.).

— Für den internationalen Tuberkulose-Kongress vom 2. — 7. Oktober n. St. und die damit verbundene Ausstellung in Paris sind die offiziellen Einladungen an alle Interessenten versandt. Die französischen Eisenbahnen gewähren zum Besuch des Kongresses eine Fahrpreisermässigung von 50 pCt.

Epidemiologisches.

— Cholera. Im Ausschuss des deutschen Reichsgesundheitsrats für Seuchenbekämpfung legte der von der Bereisung des von der Cholera zunächst bedrohten Gebietes zurückgekehrte Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten Prof. Gaffky dar, dass die Seuche durch russische Flösser eingeschleppt worden ist. Alle Fälle sind auf einzelne Infektionen zurückzuführen und, dank dem eifrigen Vorgehen der Behörden, hat sich nirgends ein örtlicher Seuchenherd gebildet. Es ist anzunehmen, dass es gelungen ist, die Seuche im Entstehen zu unterdrücken, und man darf daher zuversichtlich hoffen, dass es zu einer Epidemie nicht kommen wird. Die Gesamtzahl der Cholerafälle in Preussen betrug bis zum 11. September n. St. 161, von denen 58 tödlich endigten.

Aus dem Russischen Reich sind bisher keine Cholerafälle gemeldet.

— Meningitis cerebrospinalis. Die Genickstarre-Epidemie kann nunmehr in Deutschland als fast erloschen betrachtet werden. Seit dem 6./19. November 1904, dem Tage des Auftretens der Epidemie, sind in Schlesien rund 2950 Personen an Genickstarre erkrankt und 1600 gestorben. In ganz Preussen betrug die Zahl der Erkrankungen 3250 mit 1750 Todesfällen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Am 30. August vollendeten sich 100 Jahre des Bestehens des hiesigen Männerhospitals für Arme. Es wurde von der Kaiserin Maria Feodorowna als «Hospital des Findelhauses» bei der Kalinkinbrücke ge-

Digitized by Google

gründet. Die Jubiläumsfeier ist auf unbestimmte Zeit verlegt worden. Zum Jubiläum hat Dr. G. Popow, unter der Redaktion des Direktors des Hospitals Dr. Trojanow, ein Album mit der Geschichte des Hospitals herausgegeben. Mitteilungen aus der Geschichte des Hospitals behalten wir uns vor.

— Nachstehend bringen wir einige Daten über das städtische Krankenhaus in Riga:

Am städtischen Krankenhause waren im Jahre 1904 angestellt, ausser dem Direktor und Vizedirektor, 8 dirigierende Aerzte, 1 Prosektor nebst Gehülfe, 1 Bakteriolog, 1 jüngerer Arzt, 1 Assistenzarzt für die geburtshülfliche Poliklinik, 2 Konsultanten (für Nasen- und Halskrankheiten, sowie für Ohrenkrankheiten); ferner 9—13 Assistenzärzte, 1 Arzt für das Röntgenkabinet, 11 Aufseherinnen und im Durchschnitt 16 Pfleger und 60 Pflegerinnen. Das übrige Personal des Krankenhauses bestand aus 119 Personen. Im Berichtsjahr war es nicht möglich sämtliche vakante Assistenzarztstellen zu besetzen, weil 7 Assistenzärzte auf den Kriegsschauplatz sich begaben, während es unmöglich war die Vakanzen zu besetzen, weil ein allgemeiner Aerztemangel herrschte. Infolge dieses Mangels gestattete die Regierung, auf Ansuchen der Stadtverwaltung, für die Dauer des Krieges ausländische Aerzte zum Dienst an den städtischen Krankenhäusern heranzuziehen, worauf im November und Dezember 2 Ausländer Anstellung fanden, einer als Assistenzarzt, der andere als jüngerer Arzt an der chirurgischen Abteilung. Im Hinblick auf den Mangel an Assistenzärzten wurde vom 1. Mai ab die Aufnahme der Kranken ins Krankenhaus 4 freipraktizierenden Aerzte übertragen. Von den Schwestern des «Roten Kreuzes» mussten 9 (3 Aufseherinnen und 6 Schwestern) den Dienst am Krankenhause verlassen, weil sie auf den Kriegsschauplatz abkommandiert wurden. Vom Januar 1904 an fanden Kranke in den 3 neuerbauten Gebäuden Aufnahme, wodurch die Zahl der Betten von 663 auf 782 stieg. Im einzelnen verteilen sich die Betten auf die Abteilungen wie folgt: therapeutische Abteilung 203; chirurgische 255; Abteilung für Nervenkranke 78; gynäkologische 68; Abteilung für Infektionskrankheiten 106; syphilitische und für Hautkrankheiten 72; ausserdem waren 22 Betten für Neugeborene und für Findlinge vorhanden. — Im Krankenhause fanden Verpflegung im ganzen 8018 Personen, die 194,143 Tage in der Anstalt verbrachten. Die Krankenhausapotheke verabfolgte Medikamente auf Grund von 185,217 Rezepten oder gewöhnlichen Verordnungen (im Jahre 1903 — 174,435), darunter 10,892 Rezepte für arme Kranke, die zu Hause behandelt wurden. In der bei der geburtshülflichen Abteilung bestehenden Hebammenschule erhielten das Zeugnis einer Hebamme 2. Grades 24 Personen; ausserdem bestand eine Frau, die nicht den Kursus der Schule absolviert hatte, im Juli die Prüfung. Ambulatorisch wurden 6375 Personen behandelt, die im ganzen 16,340 Konsultationen beanspruchten. In der im Januar 1904 begründeten geburtshülflichen Poliklinik wurde unentgeltliche Geburtshülfe 354 Gebärenden zuteil. Die Unterhaltskosten des Krankenhauses stellten sich auf 277,755 Rbl. Bei 194,143 Verpflegungstagen beliefen sich die Verpflegungskosten eines Kranken durchschnittlich auf 1 Rbl. 43 Kop. tägl. oder 522 Rbl. 17 Kop. jährlich, gegen 1 Rbl. 37,68 Kop. oder 502 Rbl. 53 Kop. jährlich im Jahre 1903. Wenn man jedoch den Etat des Grund und Bodens, welcher 618,200 Rbl. beträgt mit $4^1/_2$ Prozent verzinst, ebenso in gleicher Höhe den Etat der Gebäude (897,527 Rbl.) und 1 Prozent von dieser Summe als Tilgung berechnet, so kostet der Unterhalt des Krankenhauses im Jahre 1904 — 354,938 Rbl. und derjenige eines jeden Kranken täglich 1 Rbl. 82,82 Kop. oder 669 Rbl. 12 Kop. im Jahr.

Bf.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 20. Sept. 1905.

Anmeldung von Vorträgen erbeten.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 26. Sept. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Kissingen Dr. C. Dapper's
* Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle), Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankeiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.

Aerzte: Dr. C. Dapper (Besitzer). — Dr. F. Dengler. (60) 14—11.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Airol
Digalen
Thiocol
Thiocol-tabletten

Sirolin
die idealste Form der Guajacol-Therapie.
Wohlriechender, angenehm schmeck. Sirup.
Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.
Warnung! Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.

Protylin
Phosphoreiweiss m. 2,6% entgift. Phosphor.
Leicht resorbierb., völl. unschädl. f. d. Darmtrakt.
Neurosen, Hysterie, senil. Marasmus, Cachexie.
Eisen-Protylin (Eisengeh. 2,3%), b. Chlorosen u. Anaemie.
Brom-Protylin (Bromgehalt 4% org. geb.), bei Neurosen.
Originalpackungen von 25, 50, 100, 250 gr. und Tabletten à 0,25 gr. in Cartons à 100 Stück.

Asterol
Arsylin
Thigenol
Sulfosot-sirup

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^IE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Digitized by Google

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle
bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—13.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.
Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.
Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.
Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT a/M.

EUNATROL

Vorzügliches **Cholagogum** bei **Gallenstein** und anderen Gallen- und Leberkrankheiten; wird besonders in Form der **Eunatrolpillen** ohne jede üble Nebenerscheinung monatelang genommen.

UROSIN

Einziges, von Dr. Weiss, dem Erfinder der Chinasäure-Therapie empfohlenes und sicher prophylaktisch wirksames Präparat gegen **Gicht und andere harnsaure Ablagerungen.**

(88) 3—1.

FORTOIN

Geschmackfreies **Antidiarrhoicum**, sicher wirksam bei akutem, chronischem und tuberkulösem **Darmkatarrh.**

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(61) 17—8.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT — 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT — zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw**, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin-Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Bad Wildungen.

(Deutschland)

Privatklinik für Harnkranke.
Dr. Rörig II (Reinhard).

Hôtel und Pension

Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Südende b. Berlin
San.-R. Dr. Brügelmann'sche Klinik für Astma u. verw. **Nervenkrankheiten, Nasen- u. Halsleiden.**
Prosp. gratis d. d. Oberin E. Hagelberg.
cf. Brügelmann: Lehrbuch ü. Asthma. IV. Aufl. b. Bergmann, Wiesbad.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.
Maximilianowsky Pereulok, 11.
verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.
Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.
Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Дозв. ценз. Спб., 3 Сентября 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

UNIV. OF MICH
OCT 18 190

XXX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14. zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petersb., Wassili Ostrow, 1 Linie № 28 zu richten. Sprechstunden Montag und Freitag von 3—5 Uhr.

№ 36 St. Petersburg, den 10. (23.) September. **1905.**

Inhalt: Dr. Terrepson: Die Therapie der Impotenz. — **Referate:** Axel Widstrand: Studien über die Diazoreaktion bei Lungenphthise und ihre prognostische Bedeutung. — Isr. Holmgren: Die Ehrlichsche Diazoreaktion als Prognostikon bei Lungenphthise. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** Johannes Bresler: Die Simulation von Geistesstörungen und Epilepsie. — Schoenborn: Gefrierpunkts- und Leitfähigkeitsbestimmungen. — Beldau: Lebensregeln für Lungenleidende nebst ausführlicher Anleitung zur Bereitung von Kefir und Kumys. — **Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.** — **Tagesnachrichten.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

Die Therapie der Impotenz.

(Vortrag, gehalten auf dem XVI. Livländischen Aerztetage zu Dorpat (Jurjew).)

Von

Dr. Terrepson — Dorpat.

M. H. Zweck dieser Zeilen ist es, Ihnen in Erinnerung zu bringen, dass die Therapie der Impotenz keine so undankbare ist, wie es vielfach angenommen wird, und dass Sie Alle die Mittel und Wege besitzen, um derartigen Kranken zu helfen. Da diese Abhandlung rein praktische Ziele verfolgt, so ist alles Unnütze fortgelassen worden.

Die Prognose der Impotenz ist keine schlechte, nur müssen die dagegen angepriesenen inneren Mittel mit Misstrauen betrachtet werden, da die Heilung wohl nur durch eine kausale Behandlung eintritt. Ich spreche von den Formen der Impotenz, die ihre Begründung in organischen Läsionen des Sexualapparates haben, nicht aber von den anderen, die auf nervöser Grundlage aufgebaut sind, oder sich bei Gehirn oder Rückenmarksleiden, oder Diabetes und Nephritis finden, noch von der der konsekutiven Folgen.

Allen Impotenzformen gemeinsam ist die Abschwächung, oder der völlige Mangel der Erektionen. Diese Erektionsschwäche tritt entweder als irritative seu erethische, oder als paralytische auf, letztere auch atonische genannt. Die irritative Form ist diejenige, in der der Patient unter häufigen, oft sich mehrfach in der Nacht wiederholenden, oder auch während des Tages auftretenden Pollutionen zu leiden hat. Hierbei ist die Impotenz eine bedingte, meist durch praecipitierte Ejaculationen zustande kommende. Bei der paralytischen Form fehlen die Erektionen vollkommen, die Impotenz ist eine totale. Die irritative Form repräsentiert das Anfangsstadium der beginnenden Impotenz, die atonische dagegen das Endstadium. Aus ersterer entwickelt sich, falls sie unbehandelt bleibt, die paralytische Form. Dieser Leidensgang ist wohl die Regel, der Vollständigkeit wegen muss aber hervorgehoben werden, dass sich die paralytische Form entwickeln kann, ohne dass die Patienten stark unter Pollutionen zu leiden haben. Es sind das die Fälle, wo beständige Spermaverluste während des Miktions- und Defäkationsaktes vorkommen. Diese zwei Erscheinungsformen der Impotenz sind eben nur stets funktionelle Aeusserungen der verschiedensten Kausalmomente, die die Bezeichnung und Einreihung der Impotenzformen in die verschiedensten Rubriken zustande gebracht haben. Den Arzt kann es nur interessieren, diese Aetiologien festzustellen, um dem Patienten zu helfen, wobei die Aufzählung all der Namen umgangen worden ist.

Wenn sich ein Patient mit der Klage über Impotenz einstellt, so hat ein genaues Krankenexamen stattzufinden, wobei man nach Möglichkeit eruieren muss, wie das Vorleben gewesen, bevor besagter Zustand eingetreten; nur soll man mit der Diagnose neurasthenische oder aber psychische Impotenz zurückhalten, bevor man nicht alle anderen Formen ausgeschaltet, die man zum Teil durch die Anamnese, meistens aber nur durch eine genaue manuelle und instrumentelle Untersuchung stellen kann. Es ist verführerisch und bequem, eine dieser genannten Impotenzformen zu diagnostizieren, was sehr leicht geschehen sein kann, da Genitalleiden an und für sich bedeutende Nervosität hervorzurufen imstande sind. Wer neuro- und nicht uro-logisch durchschult ist, der wird derartige Diagnosen leicht stellen, da das ursächliche Bild durch die sekundäre Neurasthenie sehr wohl verdeckt werden kann. Man hat vor allen Dingen zur Diagnosestellung auf entzündliche Erscheinungen am Caput gallinaginis zu fahnden, die sich mit dem Endoskop genau, mit der Sonde gut feststellen lassen. Bei der Sondenuntersuchung hat der weniger Geübte sich nicht auf eine während des Einführens vom Patienten angegebene Schmerzhaftigkeit zu verlassen, sondern er soll sich, nachdem die Sonde eingeführt, durch leichtes Hin- und Herschieben derselben davon überzeugen, dass in einer gewissen Lage desselben beständig vom Patienten Schmerzhaftigkeit angegeben wird. Eine derartige Schmerzhaftigkeit findet sich bei rein nervöser und

Digitized by Google

psychischer Impotenz nicht. Fehlt bei der Sondenuntersuchung die Schmerzhaftigkeit, so ist dadurch nur bewiesen, dass die oberflächlich liegende Schleimhaut nicht affiziert ist. Es kommt nun noch das Korpus der Prostata in Betracht. Hier geben für ihr Befallensein anamnestisch Parästhesien im Damm, Scrotum, Kreuzbein und Oberschenkeln einen gewissen Hinweis, sind sie aber nicht vorhanden, so muss man dennoch per anum die Prostata untersuchen. Da findet man denn oft, dass sie in toto oder der eine Lappen von ungleichmässiger Resistenz und Grösse und bei Fingerdruck recht empfindlich sind. Hieran hat sich dann eine genaue Untersuchung des Urins zu schliessen, die oft Zucker, Eiweiss, eine Defäkations- oder Miktionsspermatorrhöe erkennen lässt. Je mehr man in dieser Weise untersucht, umsomehr fällt die Zahl der nervösen und psychischen Impotenzformen. Auch darf der Vorgang während des Urinaktes nicht vernachlässigt werden, da auch schon die Häufigkeit und etwaige Schmerzhaftigkeit vor und nach demselben, auf eine Erkrankung der Vorsteherdrüse hinweisen. Hat nun die Impotenz nicht von jeher bestanden, so kommt es eben auf eine erworbene Form derselben heraus, die wohl meist nur durch Misswirtschaft entstanden ist, so dass man ein jedes kleine Symptom verwerten muss, um in der Therapie Erfolge zu sehen. Wer also nicht in der Weise untersucht, hat kein Recht, eine Impotenz in eine der bekannten Rubriken einzureihen und wird nicht nur durch seine Bromtherapie keine Erfolge erzielen, sondern vielen Patienten sagen, dass sie unheilbar seien, denen er helfen könnte, die da eventuell die Verpflichtung haben ihre Familie nicht aussterben zu lassen.

Gegen dieses so verbreitete Uebel sind eine Unmenge Mittel angegeben worden, von denen man zum grossen Teil annehmen kann, dass sie der Volksmedizin entnommen sind auf Treu und Glauben, ohne dass eine genaue Prüfung vorausgegangen wäre. Erklärlich ist dieser Umstand, wenn man berücksichtigt, dass jeder sich selbst in dieser Angelegenheit zu helfen suchte, und man es weiss, wie wenig Aufmerksamkeit von jeher von ärztlicher Seite auf diesen Gegenstand verwendet worden ist. Kulturhistorische Studien waren es meist, die einen grossen Teil der angegebenen Mittel so nebenbei finden liessen, die dann später in den Arzeneischatz übergingen und wohl ab und zu ihre Wirkung in Fällen von Uebermüdung als reine Reizmittel, oder auf suggestivem Wege äusserten, bei schweren Fällen von Impotenz, die eine Kenntnis des Gegenstandes verlangen, aber vollständig im Stiche liessen. Hier ist der richtige Platz Gyurkovecky's Worte anzuführen, dass sich nur selten ein Arzt wird rühmen können, einen klinischen Vortrag über Impotenz angehört zu haben, — denn das Verordnen vieler dieser Mittel ist der deutlichste Beweis dafür. Es sollen daher unter den inneren Mitteln nur diejenigen angeführt werden, die eine Wirksamkeit entfalten können und es auch demnach tun, wie die Kasuistiken der einzelnen Autoren ergeben. Es sind diese Mittel der Phosphor, das Strychnin, das Cornutin, der indische Hanf (Cannabis ind.) und das nie anzuwendende Opium. Vom Johimbin wird später die Rede sein. Bei rechtzeitiger Anwendung, wozu eine möglichst genaue Diagnosestellung erforderlich ist, wird man ihre heilende, oder zum mindesten unterstützende Wirkung nicht vermissen. Nur muss hervorgehoben werden, dass man mit ihnen allein eine definitive Heilung nicht erzielen kann. Den meisten Formen der erektilen Schwäche ist ein entzündlicher Vorgang des prostatischen Teiles, insbesondere des Caput gallinaginis, gemein. Daran ist vor allen Dingen festzuhalten.

Solche Zustände lassen sich endoskopisch oft nachweisen. Es giebt aber Fälle, wo trotz der genannten Besichtigung des prostatischen Teiles Entzündungen sich nicht nachweisen lassen, wo das Auge vielleicht Veränderungen nicht wahrnimmt, die bestehen, also dementsprechend lokal behandelt werden müssten. Wollte man die mögliche Anwesenheit derartiger entzündlicher Prozesse bezweifeln, da man sie nicht objektiv nachweisen kann, so möge man nicht vergessen, dass die Prostata eines der nervenreichsten Organe ist und, dass eine örtliche Applikation von Mitteln sich oft bewährt, wo man, wie in eben genannten Fällen, keine Veranlassung dazu sieht. Man ist dann wohl geneigt, diese Zustände als reine Neurosen des Prostata, oder als Teilerscheinungen einer sexuellen Neurasthenie anzusprechen. Hier sei mir gestattet zu bemerken, dass in solchen Fällen die Therapie die möglichst schonendste zu sein hat, damit nicht geschadet werde, also nur die mildesten adstringierenden Auswaschungen vorzunehmen wären, wie dieses ausdrücklich von Eulenburg (Neuropathia sexualis virorum, pag. 30, Klin. Hdb. der Harn- u. Sex.-Org. v. Zuelzer) und von Frisch (Krankh. d. Prostata 99) hervorgehoben worden ist.

Eulenburg sagt, wie folgt: «Es wird freilich schwierig sein, hier zwischen dem «zu viel» und zu wenig immer den richtigen Kurs einzuhalten, der im ganzen, wie ich glaube, eher nach der Seite des «zu wenig» hinüber abweichen dürfte», und v. Frisch meint: «Lokale Eingriffe sind, wenn die neurasthenischen Beschwerden im Vordergrunde stehen, oft direkt kontraindiziert, müssen aber angewandt werden, wenn die lokale Neurose überwiegt.... es eignen sich schlecht starke Aetzungen und zu kräftige Einspritzungen. Der letzte Ausdruck gilt sowohl für Neurosen der Prostata, als auch für Zustände erektiler Schwäche, da beide Zustände oft vergesellschaftet sind. Neben den Einspritzungen kommen ferner in Betracht Sonden, der Psychrophor, der Artzperger'sche Mastdarmzapfen, die Massage, die Hydrotherapie und die Elektrizität. Dann werden noch angegeben die gut wirkenden Suspensionen, die Hypnosen, wie auch die Gymnastik. Es sei nochmals hervorgehoben, dass die Behandlung der erektilen Schwäche die allerschonendste zu sein hat und dass der Allgemeinzustand nicht vernachlässigt werden darf.

Keiner der betreffenden Patienten sucht wohl den Arzt auf, ohne einen triftigen Grund dazu zu haben, jeder von ihnen hat erst eine Kontrolle der Funktionsfähigkeit seiner Generationsorgane vorgenommen und sich dann von der Funktionsuntüchtigkeit derselben überzeugt. Ein Mensch, der sich in sexualibus nichts hat zu Schulden kommen lassen, wird sich wohl kaum durch eine der populären, materiellen Erfolg suchenden, schlechten Schriften soweit psychisch beeinflussen lassen, dass er durch jene Schilderungen impotent wird. Eine Ausnahme mögen vielleicht Neurastheniker machen. Die meisten haben wohl immer sich selbst gegenüber ein stilles, geheimes Sündenkonto, das ein Defizit aufweist, wodurch es dann wohl begreiflich wird, dass bei äusserer Beeinflussung die Leistungsfähigkeit noch mehr herabgesetzt wird. Es sind stets bedingungslos Schwächezustände da, die so überzeugend auf die Kranken wirken, dass sie trotz der anfänglichen Hoffnungsseligkeit, sich endlich doch davon überzeugen müssen, dass der Zustand sich nicht bessert, vielleicht abgesehen von einigen gelegentlichen Momenten, wo sie ganz besonders aufgelegt sind, und dann einen Erfolg haben. Es ist daher durchaus falsch, solche Patienten oberflächlich anzuhören und zu behandeln und sie befriedigt, mit einem Rezept in der Hand, zu entlassen, das man irgend einem Taschenbuch, als gegen Impotenz wirksam, entnommen hat. Je mehr sich die Kenntnis dieser Zustände in der ärztlichen Welt verbreitet, umsomehr wird man sich auch der radikalen und oft sehr dankbaren Therapie zuwenden.

Wenn man die Therapie der Impotenz einsieht, so dürfte es einen wundern, wenn man bei diesem oder

jenem Mittel mit einem Male liest, dass es als Reizmittel wirke. Das klingt eigentümlich, und möchte einen zur Auffassung bringen, als ob das Reizen, Anfeuern, eine Hauptbedingung sei, als ob man sich davon etwas versprechen könne, — zum mindesten sollten solche Ausdrücke mit mehr Vorsicht angewendet werden, und dann mit dem Hinweise auf die rechte Zeit der Anwendung. Es bedarf wohl keines besonderen Ausweises, dass Leute, die eine geschlechtliche Misswirtschaft getrieben, ihre Potenz nicht hätten so weit herabbringen können, wenn sie nicht zu Reizen gegriffen hätten. Sie haben systematisch eine Reserve nach der anderen ins Feld geführt, bis sie fertig waren. Soll man derartigen Leuten noch Mittel verordnen, die vielleicht vorübergehend noch anregen, indem sie einen noch nicht gekannten Reiz zuführen und dadurch den geschlechtlichen Bankerott beschleunigen. Das darf also nicht der Fall sein. Es handelt sich bei Behandlung der Impotenz vor allen Dingen darum, zu beruhigen, zu beruhigen mit allen zu Gebote stehenden Mitteln. Hier haben einige Autoren, so u. a. Hammond ausdrücklich verlangt, dass man den geschwächten Organen Ruhe gönnen solle; letzterer verlangt an einer Stelle den Zeitraum eines Jahres, doch ist das nicht gleichbedeutend mit beruhigen, worunter eine Herabsetzung des geschlechtlichen Fühlens und Wollens auf ein Minimum verstanden sein soll. Von keinem Mittel ist eine heilende Beeinflussung zu erwarten, das da nicht imstande ist, die ursprünglich physiologischen Verhältnisse herzustellen, mit deren Eintreten auch die Genesung vor sich zu gehen pflegt. Die inneren Mittel sind so beschaffen, dass die einen die Leistungsfähigkeit einzelner Nerven erhöhen, die anderen aber auf den Tonus des Urogenitalsystemes wirken. Es findet sich eine Stelle über die Wirkung des Strychnins bei Gyurkovecki, pag. 207, wo er sagt «dass dasselbe in allen Präparaten von sehr guter, wenn auch nicht kräftiger, und leider ziemlich rasch vergehender Wirkung sei, ... die zwar nicht nachhaltig, doch ohne weiteren Schaden für den Kranken erzielt werden könne, da die Geschlechtskraft durch die Anwendung dieses Mittels niemals unter das Niveau vor dem Gebrauche sinke». Das ist wohlbemerkt eines der besten Mittel. Wenn jemand sich an die Therapie der Impotenz macht, so will der Patient vor allen Dingen seelisch und körperlich beruhigt werden. Ersteres erfordert ein gewisses Taktgefühl, letzteres gelingt viel leichter, da einem in diesem Falle Mittel und Wege zu Gebote stehen. Zuerst muss dem Patienten gesagt werden, dass man die Zeit der Heilung nicht bestimmen könne, dass sie aber gelänge, wenn man imstande sei die Ursachen und die durch diese gesetzten Schädigungen im Organismus zu beseitigen, da dann das wieder gesundete Organ seine Funktionen übernehmen müsse, da jedes Organ dazu bestimmt sei zu arbeiten und nicht brach zu liegen. Dann mache man den Patienten darauf aufmerksam, dass es gleichgültig sei, ob Erektionen zustande kämen oder nicht, denn das ist dasjenige worauf die Leidenden nur warten, um bei zu langem Ausbleiben derselben wieder ihren Mut zu verlieren und misstrauisch zu werden, mit der Begründung, dass so lange krankhafte Veränderungen da seien, letztere sie nicht zustande kommen liessen. Hat man die Kranken in dieser Weise vorbereitet, so kann man ruhig an die Kur gehen, man hat dann an ihnen die gehorsamsten, geduldigsten, ausdauerndsten und meist auch dankbarsten Patienten. Auch dürfte es fasst scheinen, als ob es zweckdienlich wäre, die Patienten wissen zu lassen, was man mit ihnen vornehme und was sie von den einzelnen Applikationen zu erwarten hätten, da sie in der Regel zu Misstrauen veranlagt sind und man durch Vorhersage einzelner sicher eintretender Wirkungen sie in ihrem Genesungsgefühl unterstützen und ihnen den Grund weiterer Hypochondrie nehmen kann. Sind Symptome des zweiten Stadiums der sexuellen Neurasthenie, der Lumbalneurose, oder richtiger, wie Eulenburg vorschlägt, sie zu nennen, der Sacralneurose da, so bieten diese den günstigsten Angriffspunkt für die einzuleitende Therapie. Hier ist die Handhabe gegeben, es den Patienten merken zu lassen, dass man ihm hilft, indem man Anzeichen der Erkrankung fortschafft, die ihn lange belästigt und ihm stets zum Bewusstsein gebracht haben, dass er krank ist. Alle Umstände nun treffen hier glücklich zusammen, sei es, dass die Symptome der Lokalneurose, Prostatorrhöe, oder Spermatorrhöe, oder chronische Prostatitis, oder Sacralsymptome vorhanden wären, alle werden sie auf die Anwendung des Psychrophors hinweisen, so dass es richtig erscheint, denselben die Führung in der einzuleitenden Therapie übernehmen zu lassen. Winternitz gebührt das Verdienst, ihn eingeführt zu haben. Er ist wohl das sinnreichste, eleganteste und modulationsfähigste Instrument der urologischen Praxis. Seine Einfachheit bei Vielseitigkeit seiner Leistungen, bilden mit der eleganten Applikationsweise und Beeinflussungsfähigkeit ein harmonisches Ganze. Der Psychrophor soll nach Winternitz von der Dicke gewählt werden, dass er noch genau eingeführt werden kann, es soll also durch ihn auch eine Sondenwirkung erzielt werden, sein Hauptwert bleibt aber nur in seiner Temperierbarkeit bestehen. Die Einwirkungen der Temperaturen auf das Gewebe sind von Winternitz aufs Eingehendste studiert worden. Es erweist sich da, dass bei der Einwirkung von Kältereizen sich ein Unterschied in der Wirkung, je nach der Dauer der Anwendung, konstatieren lässt. Kurze kalte Reize pflegen die Muskeln und Blutgefässe zu starker Kontraktion zu bringen, während die Leitungsfähigkeit der Nerven erhöht wird. Längere kalte Anwendungen dagegen, wirken lähmend auf die motorischen und sensiblen Funktionen und verlangsamen die lokalen Ernährungsvorgänge. Durch diese Eigenschaft des Temperatureinflusses nun gewinnt der Kälteträger folgende Wirkungen. Es lassen sich ein tonisierender, anästhesierender und anämisierender Einfluss beobachten, ersterer hauptsächlich bei kurzer Anwendung des Psychrophors, die beiden letztgenannten bei länger dauernder. Man wendet ihn zuerst 4—5, später, sobald die Harnröhre sich an ihn gewöhnt hat, 20—25 Minuten an. Die Wasserwärme soll 18—8° R. betragen und ist darauf zu achten, dass man zuerst wärmeres Wasser anwendet, also mit der Temperatur allmählich einschleicht. Auch soll der Patient nach der Anwendung 1—2 Stunden nicht urinieren, damit die abklingende Reaktion des Gewebes nicht zu früh durch die Einwirkung des Blasenschliessmuskelapparates gestört werde. Er soll 2—3 Monate fortgesetzt gebraucht werden. Was eben über die Anwendungsweise des Psychrophors gesagt worden ist, wird sich in den meisten Fällen als ausreichend erweisen, doch dürfte es in einigen Fällen vielleicht wichtig sein, Applikationen von heissem Wasser anzuwenden, um erst später auf kaltes überzugehen. Das scheint mir richtig zu sein in Fällen, wo knotige Verdickungen in der Prostata gefunden werden. Da diese mit Massage behandelt werden müssen, so könnte es sein, dass die durch heisses Wasser zustande kommende Hyperämie die Resorption desselben fördern würde. Jedenfalls hat man bei gleichzeitiger Anwendung der Massage und der heissen Sonde sich nicht zu fürchten, die Symptome zu steigern, denn die Massage nimmt den überwiegenden Teil derselben sicher fort. Was ich proponierender Weise von der Anwendung des heissen Wassers gesagt habe, finde ich in einer v. Notthafft im Jahre 1905 erschienenen Broschüre «Die Gonorrhoe in der Sprechstunde des praktischen Arztes» vollauf bestätigt, wo erfreulicher Weise der Autor bei Prostatitis zur Anwendung der heissen Artzperger rät. Ist erst das Korpus der Prostata normal geworden, so kann mit

Digitized by Google

Vorteil die Anwendung des kalten Wassers begonnen werden, da es gegen die Erschlaffungszustände vorzüglich wirkt. Bemerken möchte ich aber zu der Behandlung mit dem Psychrophor, dass dieselbe nur dann bleibende Resultate ergeben kann, wenn alle entzündlichen Zustände endgültig beseitigt worden sind, worauf ich ein besonderes Gewicht gelegt wissen möchte. Der Psychrophor wird nämlich in allen gegebenen Fällen seine tonisierende und anästhesierende Wirkung entfalten. Die Schmerzhaftigkeit, die durch diese aufgehoben wird, braucht sich durchaus nicht mit einer Wiederherstellung des Gewebes zu verbinden. Kommt aber noch die tonisierende Wirkung zur Geltung, so könnte es scheinen als ob die endgültige Heilung da wäre. Es bleiben aber in der Tat dennoch entzündliche Reize zurück, die unter der Anwendung des Psychrophors nur eingedämmt wurden, die dann später sicher rezidivieren, sobald die Funktionsfähigkeit wieder da und die Behandlung aufgegeben ist.

Daher ist es geboten mit der Behandlung mit dem Psychrophor auch Spülungen, hauptsächlich mit Argent. nitric., Zinc. sulf. und Instillationen von 10 pCt. Ratanhiatinctur zu verbinden. Die Stärke der Lösungen braucht 1—3 pro Mille nicht zu übersteigen, die Menge soll 25 ccm. betragen, die Applikation über einen Tag vorgenommen werden. Starke Aetzungen sind als verpönt anzusehen. Wie der Psychrophor, werden auch die Metallsonden angewandt. Sie sind indiziert, wenn keine stärkeren Entzündungen vorhanden sind. Sie sollen so lange in der Urethra belassen werden, bis die Schmerzhaftigkeit vorüber ist, die obligate $^1/_2$ Stunde ist hier keine Zeiteinheit. Was den Artzperger'schen Mastdarmzapfen anbelangt, so käme er wohl nur bei akuten Exacerbationen der chronischen Prostatitis in Betracht. Wohl aber bildet hierbei die Prostatamassage einen wichtigen Faktor der Behandlung. Sie kann 2—3 mal wöchentlich, in der Dauer von einer $^1/_2$ bis zu einer Minute, vorgenommen werden und erweist sich in ihrer Wirkung als ganz vorzüglich. Zur Massage sind Metallinstrumente (Felecki) und elektrische (Poroscz) vorgeschlagen worden, jedoch ist der Finger allen vorzuziehen.

Die ersten Massagen sind bei veränderten Korpus der Drüse recht schmerzhaft, die weiteren werden erträglich und zum Schluss fühlen die Patienten nur den Druck des massierenden Fingers, der seinerseits nun auf ein regelmässiges Gebilde von gleichmässiger Konsistenz stösst. Hiermit sind demnach bei den Patienten eine Menge von Parästhesien geschwunden und ein wunderbares Gefühl von Ruhe ist eingetreten. Selbst wenn man keine Unregelmässigkeiten in der Konfiguration und Konsistenz der Drüse fühlt, so würde ich die Massage derselben dennoch dringend in den Fällen empfehlen, wo irgendwie venöse Stauungen der Unterleibsorgane und der Prostata anzunehmen sind, da derartige Stauungen den Anreiz zur Erektion herabsetzen müssen, indem sie den mathematischen Füllungszustand verringern. In solchen Fällen träte dann auch die empfohlene Gymnastik ableitender Art in ihr Recht. Der elektrische Strom leistet das Unsicherste, sowohl nach der Seite des Plus als auch des Minus. Er giebt Erfolge und vernichtet solche für Wochen, wie ich 2 schlagende Beispiele letzter Art in meiner Praxis beobachten konnte. Seine Anwendung fiele am besten in den Schluss der Behandlung, wo die pathologischen Zustände im Urogenitalapparate bereits beseitigt sind, da er wohl nur als Anregungsmittel fungieren dürfte. Der Zinkpol wird am Lendenmarke, der Kupferpol am Genitale aufgesetzt. Bezold und Engelmann empfehlen schwache faradische Ströme, welcher Meinung ich mich in tiefster Ueberzeugung anschliesse. Eine wesentliche Unterstützung dagegen bilden die Wasserapplikationen in der Form von kühlen, 3 Minuten währenden Sitzbädern, Fluss-, See- und Dampfbädern, die in ihrer Temperatur und Dauer nach Konstitution und nervöser Veranlagung zu verordnen sind. Die Sitzbäder dürfen nur des Morgens genommen werden. Den Suspensionen nach Motschutkowsky im Sayreschen Apparate ist das Wort zu reden, da die Beobachtung lehrt, dass Erektionen häufiger und stärker beim Schlafen auf ebener Unterlage ohne Fussstütze aufzutreten pflegen, was vielleicht auf eine starke Streckung des Rückenmarkes zurückgeführt werden könnte. Von den inneren Mitteln und der Suggestion erwarten Sie, meine Herren, keinerlei Erfolg, wenn Sie den oben angeführten Zuständen begegnen, denn sie können höchstens nur anregend wirken und dürfen nur zum Abschluss der Kur gebraucht werden. Eine Ausnahme der glänzendsten Art aber machen sie bei den neurasthenischen und psychischen Formen der Impotenz, deren Trägern Sie ja auch mit Erfolg vergoldete Weissbrodkügelchen geben können. Diese Leute bieten auch nur die Domäne für die Schlaf- und Wachsuggestion. Zu den schon genannten Mitteln, dem Phosphor, dem Strychnin, dem Cornutin, dem ind. Hanf, sind noch das Arsen und der Monobromkampher hinzuzufügen, deren Rezeptformeln ich glaube umgehen zu dürfen. Nun wäre noch das neuerdings so hoch bewertete und angepriesene Johimbin zu besprechen. Unter der Menge der Lobhymnen singenden Autoren habe ich bis jetzt nur einen Forscher finden können, der in das allgemeine Lied nicht einstimmt. Es ist das Herr Dr. A. Hess am Krankenhause zu Friedrichshain, Berlin. Er verabreichte 20, teils nervengesunden, teils neurasthenischen Patienten das Johimbin 3 mal täglich à 0,005, ohne eine irgendwie eklatante Wirkung auf die Sexualfunktionen konstatieren zu können, so dass die lebhaften Anpreisungen desselben als eines Spezificums nicht gerechtfertigt erscheinen.

Was nun noch die diätetischen Vorschriften anlangt, so soll die Kost eine gute, leicht verdauliche und gewürzarme sein; das Rauchen ist auf ein Minimum einzuschränken, von alkoholischen Getränken darf nur ein wenig Wein, in keinem Falle aber Champagner oder Bier genommen werden.

Um alles Gesagte nochmals kurz zusammen zu fassen, kommt es bei der Therapie der Impotenz darauf an, alle eruierte organische Läsionen fortzuschaffen, dadurch die Reizzustände im Urogenitalsysteme zu eliminieren, und durch die verordnete und geschaffene Ruhe in demselben den Organen Zeit zu geben zu ihrer Naturintention zurückzukehren. Wenn man soweit gekommen ist, dann können mit Erfolg die inneren Mittel angewendet werden, da sie dann nur noch eine gewisse, durch Untätigkeit gesetzte Indolenz zu überwinden haben. Wer sich über die Impotenz genauer zu informieren wünscht, der findet alles Wissenswerte in den Monographien von Rohleder und Gyurkovecki. Was nun die nicht organischen Formen der Impotenz anbetrifft, so gehören sie den Nervenärzten, bei den organischen aber kommt es, neben allem Gesagten, nur noch darauf an, auch etwaige Allgemeinleiden mitzubehandeln, um einen guten, befriedigenden Erfolg seiner Therapie zu sehen.

Referate.

Axel Widstrand: Studien über die Diazoreaktion bei Lungenphthise und ihre prognostische Bedeutung. Hygiea. 1904. Aug.

Verf. hat bei 204 im Krankenhause Sabbatsberg behandelten Phthisikern das Auftreten der Diazoreaktion im Harne studiert, wobei mehr als 2000 Proben von ihm gemacht wurden. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Diazoreaktion findet sich gewöhnlich konstant in floriden und vorgeschrittenen Fällen, aber wird in gutartigen oder exquisit chronischen Fällen beinahe konstant vermisst; sie kann fast immer für die Prognose, bisweilen auch für die

Digitized by Google

Differentialdiagnose Verwendung finden. Wenn die Verhältnisse eine genaue physikalische Untersuchung verhindern (z. B. bei wiederholten Hämoptysen), bekommt die Reaktion einen gewissen Wert und ist unter allen Umständen ein wertvolles Komplement der Untersuchung. Bisweilen, wenn die ärztlichen Gutachten nicht ganz zuverlässig erscheinen, kann die negative Diazoreaktion für die positive gegen Aufnahme in Sanatorien entscheiden.

Isr. Holmgren: Die Ehrlichsche Diazoreaktion als Prognostikon bei Lungenphthise. Hygiea. 1904. Aug.

Hauptergebnisse. 1) Die Diazoreaktion kommt beinahe ausschliesslich in Fällen des dritten und vorgeschrittenen zweiten Stadiums vor. (Stadien nach Turban)

2) Auch in diesen Stadien kann die Reaktion vermisst werden, entweder weil der betreffende Kranke in das Diazostadium noch nicht eingetreten ist, oder weil die Untersuchung in einem reaktionsfreien Intervalle des Patienten vorgenommen wurde.

3) Bei sämtlichen Kranken kommt während der letzten Periode des Lebens kürzere oder längere Zeit die Diazoreaktion vor.

4) Je intensiver die Reaktion, desto früher ist der Tod zu erwarten.

5) Den Patienten, bei welchen die Diazoreaktion stark auftritt, kann man mit grösster Wahrscheinlichkeit eine maximale Lebensdauer von etwa 6 und eine durchschnittliche von 2 Monaten voraussagen.

6) Den Patienten, bei welchen man die Diazoreaktion deutlich aber nicht stark findet, kann man mit grosser Wahrscheinlichkeit eine maximale Lebensdauer von 1½ Jahren und eine durchschnittliche von circa 6 Monaten voraussagen.

Buch.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Johannes Bresler: Die Simulation von Geistesstörungen und Epilepsie. Verlag von C. Marhold, 1904. 238 Seiten. Preis 6 Mark.

Diesen schwierigen Stoff hat Verf. nicht in die Form einer «Lehre» zwängen wollen noch können, wie ein französischer Autor Laurent den misslungenen Versuch gemacht hat. «Ein System liegt überhaupt nicht in der Art, wie die Menschen Geisteskrankheit oder Krämpfe simulieren, und die Ausführung der Entlarvung besteht nicht in der Handhabung bestimmter Technicismen, etwa ähnlich den gegenüber der Simulation von Blindheit, Taubheit oder verschiedenen anderen im engeren Sinne des Wortes körperlichen Leiden zur Anwendung gelangenden, vorwiegend physikalischen Methoden, sondern hier bildet neben Kenntnis der Psychopathologie die Erfahrung das Fundament der Untersuchung». Verf. beschränkt sich daher auf eine rein literarische Darstellung des Themas, wie sie aus der Durchsicht der einschlägigen Schriften, deren Verzeichnis 14 Seiten umfasst, hervorgegangen ist. Seinen Stoff gliedert er folgendermassen: A. Allgemeiner Teil. Ansichten der Autoren. Fälle von Simulation im Altertum, Entlarvung, Uebergang von Simulation in wirkliche Geistesstörung, Häufigkeit der Simulation. B. Kasuistik. 1) Simulation seitens geistig Gesunder. 2) Simulation auf pathologischer Grundlage; zweifelhafte Fälle.

Michelson.

Schoenborn: Gefrierpunkts- und Leitfähigkeitsbestimmungen. Wiesbaden. Bergmann. 1904. Preis 1 M. 60 Pf.

Verfasser kommt zu folgenden Resultaten: Die Kryoskopie bedeutet theoretisch einen grossen diagnostischen Fortschritt. Praktisch jedoch ist sie nur in seltenen Fällen von Wert und zwar nur bei Untersuchungen von Blutserum und Urin. Sie ist sehr geeignet, zu Trugschlüssen zu verleiten. Die Kryoskopie von Speichel, Milch, Magensaft, Galle, Faeces, Schweiss, Cerebrospinalflüssigkeit und den Ergüssen seröser Körperhöhlen ergiebt keine praktisch brauchbaren Resultate; vielleicht erlaubt die Kryoskopie der Ergüsse zuweilen Schlüsse auf die Resorption der Exsudate.

Die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit in Blut, Harn und Cerebrospinalflüssigkeit hat keinen klinischen Wert.

O. Moritz.

Beldau-Riga: Lebensregeln für Lungenleidende nebst ausführlicher Anleitung zur Bereitung von Kefir und Kumys. Berlin, Hugo Steinitz.

Die kleine Schrift enthält auf 24 Seiten die Diätetik des Lungenkranken, für den Patienten selbst bestimmt, in klarer und hinreichend ausführlicher Darstellung. Im Vorwort bezeichnet Verf. sein Buch, ausser für Lungentuberkulöse, für chronische Pneumoniker, Bronchitiker, Bronchiektatiker, sogar Asthmatische bestimmt, erwähnt aber immer nur das bei Phthise Indizierte und Kontraindizierte. Der Titel des Buches hätte also genauer präzisiert werden müssen. Die gelegentlichen Exkurse in die Pharmakotherapie wären in einem populären Leitfaden der Diätetik zu vermeiden gewesen, sie können weder Arzt noch Patienten Nutzen bringen.

Im ganzen genommen, ist das Büchlein als praktisch und ausreichend sehr zu empfehlen, einige kleine Ungenauigkeiten oder unnötige Ausführlichkeiten werden wohl in der hoffentlich bald notwendig werdenden Neuauflage vermieden werden.

A. Feldt.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 1. Dezember 1904.

Dr. P. Klemm demonstriert vor der Tagesordnung a) eine durch Operation entfernte Cystenniere; b) das anatomische Präparat eines durch Meckelsches Divertikel verursachten, operierten Leistenbruchs.

Dr. Hampeln fragt Vortragenden bezüglich des ersten Präparates, ob es sich um eine zufällige Kombination von Cystenniere und intermittierender Hydronephrose gehandelt, oder ob die Cystenniere selbst die Ursache für letztere abgegeben habe?

Dr. P. Klemm: Diese Frage lasse sich nicht mit Sicherheit entscheiden, doch liessen die aus dem Präparate ersichtlichen anatomischen Verhältnisse eine Abhängigkeit der Hydronephrose von einer der ihr nahe anliegenden Cysten allerdings vermuten.

Punkt I der Tagesordnung:

Dr. A. Berg hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Abortivbehandlung der Gonorrhöe.

Vortragender bespricht eine in den Monatsheften für praktische Dermatologie im Jahre 1903 erschienene Arbeit von Dr. Engelbrecht in Kopenhagen, der eine neue Methode der Abortivbehandlung der Gonorrhöe publiziert. Sie besteht in Spülungen der Urethra mit starken Argent. nitr.-Lösungen. Er schreibt eine 4—5-malige Waschung der Urethra nach der Janet'schen Methode mit Argentum-Lösungen in der Stärke von 1:500—1:300 vor und zwar in 10-stündigen Intervallen. Temperatur der Lösung 37° C., Druckhöhe 75 ctm. Die Urethra wird mit einer 2% Kokainlösung anaesthesiert. Als Kontraindikation giebt er Inflammation des orificium urethrae ext. an. Vortragender giebt 47 Fälle aus seiner Praxis bekannt, an denen er nach den Vorschriften Engelbrechts die Abortivbehandlung versucht hat. Heilung trat in 67% der behandelten Fälle ein. Die Kontraindikationen wären enger zu fassen: keine Inflammation am orificium urethrae, kein Schmerz auf Druck der Urethra, keine Empfindlichkeit der Harnröhre beim Urinieren, kein trüber Urin, kurz es dürfen keine nachweisbaren entzündlichen Erscheinungen an der Urethra vorhanden sein. Vortragender glaubt aus seinen Beobachtungen folgendes feststellen zu können:

1) Könne die Zahl der Waschungen auf 3 reduziert werden, da die Erfolge nicht schlechter sind als bei den 4 resp. 5 Spülungen;

2) sind die den Patienten verursachten Unbequemlichkeiten geringe;

3) scheint diese Coupierkur keine Gefahren für den Patienten zu involvieren, da keine Komplikation und keine Verschlimmerung des gonorrhoischen Prozesses nach missglückter Kur an den 47 Patienten zu beobachten war;

4) ist die Engelbrethsche Abortivkur eine Radikalkur zu nennen, insofern als man dem Patienten am übernächsten Tage nach beendeter Behandlung sagen kann, ob er genesen ist oder nicht. Finden sich dann keine Gonokokken im Sekret, so sind sie definitiv geschwunden und kommen später nicht mehr zum Vorschein;

5) dringen die Gonokokken nicht so schnell in die Tiefe, dass sie für's Medikament unerreichbar wären; in einer nicht unbedeutenden Zahl der Fälle ist bei Beachtung der aufgestellten Kontraindikationen die Anwendung der Abortivkur gerechtfertigt;

6) giebt die Engelbrethsche Methode bessere Resultate als alle bisher publizierten Abortivbehandlungen. (Autoreferat).

Dr. Voss macht darauf aufmerksam, dass das vom Vortragenden gewählte Thema nach langen Jahren hier zum ersten Mal wieder Gegenstand der Erörterung geworden sei. Dies lasse sich durch den Misskredit erklären, in den das Abortivverfahren durch die früher geübten, äusserst rohen Methoden, wie etwa Aetzen mit dem Lapisstift, geraten sei.

Dr. Engelmann hat verschiedene Heilverfahren bei Gonorrhöe in Anwendung gebracht, und mit den verschiedensten Mit-

Digitized by Google

teln gleich gute Erfolge erzielt. Nicht auf die Anwendung eines bestimmten Mittels komme es an, sondern nur darauf, dass der Sitz der Gonokokken ein oberflächlicher, mithin der Einwirkung des Medikamentes zugänglich sei. Er glaube daher nicht, dass die Höllensteininjektionen mehr leisten sollten, als etwa solche mit Albargin, die er häufig angewandt. Er fragt sodann Vortragenden, wie lange die Patienten noch behandelt worden seien? Dies sei wichtig, da einige nachgebliebene Gonokokken zu Rezidiven führen können.

Dr. A. Berg: Die Nachbehandlung dauerte, wo sie zur Anwendung kam, immer mehrere Wochen. Es handelt sich dabei immer nur um die Beseitigung der durch die Kur gesetzten Irritationen. Gonokokken fehlten dabei stets, auch bei solchen Patienten, die nicht nachbehandelt, sondern nur kontrolliert wurden. Dabei leiste diese Behandlung mehr als die übrigen und könne mit Recht eine Radikalkur genannt werden.

Dr. Engelmann bestreitet die Superiorität der Engelbrechtschen Methode. Sässen die Gonokokken nicht tiefer, als die zerstörten Schleimhäute, so trete Heilung ein, einerlei wodurch die Zerstörung bewerkstelligt wurde. Der Schwerpunkt aller Erfolge läge somit in dem möglichst frühzeitigen Beginn der Behandlung. Dann seien die Erfolge auch mit den sonst üblichen Methoden oft überraschend gut. Die älteren Autoren hätten dies zu wenig berücksichtigt, auch ihre Fälle weniger sorgfältig ausgewählt, als Engelbrecht; daher scheine des letzteren Statistik besser, ohne es in Wirklichkeit zu sein.

Dr. Rulle macht auf die Verschiedenheit der Silberpräparate in bezug auf ihre Affinität zum Eiweiss aufmerksam. Je nach Massgabe entständen bei der Applikation auf der Schleimhaut mehr oder weniger bedeutende Niederschläge, die ihrerseits ein Tiefgreifen des Medikaments beeinträchtigen. Von diesem Gesichtspunkte aus könnten daher die verschiedenen Präparate als gleichwertig gelten.

Dr. v. Krüdener: Die Gonorrhöe der Konjunkt. zeigt in gewisser Beziehung Besonderheiten gegenüber der Gonorrhöe der Urethra. Während letztere stets ein Krankheitsbild vorstellt, findet man, dass der Gonokokkus am Auge sehr variable Krankheitsbilder zur Erscheinung bringt, von dem leichten Katarrh bis zu der schweren, eitrigen Konjunktivitis, welche im besondern beim Erwachsenen so häufig zur Erblindung führt. Virulenz der Bakterien und Disposition des Krankheitsträgers wirken hier wechelseitig. In meiner Praxis habe ich folgende 2 bemerkenswerte Fälle zu verzeichnen: Vor 7 Jahren stellte sich mir ein Student des Polytechnikums vor mit der Angabe, er habe vor einigen Tagen das Handtuch seines infizierten Kameraden nach dem Gesichtswaschen benutzt. Ich fand eine rechtseitige enorme Schwellung der Lider, welche laut Angaben über Nacht entstanden war, entnahm dem reichlichen eitrigen Sekret einen Tropfen zur Deckglasuntersuchung und behandelte an dem Tage 2 mal die Konjunktiva ausgiebig mit 2% Argentumlösung. Den Studenten hatte ich auf die Langwierigkeit des Leidens vorbereitet und liess den ganzen Tag über Eiskompressen machen. Wie erstaunt war ich am nächsten Tage: Die Konjunktiva war abgeschwollen, das Sekret fast nur schleimig und frei von Gonokokken, während die Präparate des Tages vorher reichliche Mengen von Gram—negativen Gonokokken in den Epithelien aufwiesen. Ich legte den Fall ad acta in der Meinung, dass ich nie im Leben Gelegenheit haben werde, etwas Aehnliches zu beobachten. Im Frühling dieses Jahres erlebte ich folgenden Fall: Herr Dr. M. aus dem Stadtkrankenhause hier in Riga hatte längere Zeit einen Patienten mit chronischer Gonorrhöe behandelt und erkrankte plötzlich an einer eitrigen Konjunktivitis. Er liess das Sekret der Bindehaut in der Abteilung für Geschlechtskrankheiten untersuchen, wo man ihm mitteilte, Neissersche Kokken seien massenhaft und mit Sicherheit nachzuweisen.

Patient begab sich sofort in meine Behandlung, ich fertigte eine Reihe von Präparaten an, bestätigte den bakteriologischen und zwar Gram--negativen Befund. Der Kollege bezog sofort meine Klinik und begann mit Eiskompressen, welche Tag und Nacht fortgesetzt wurden. Ein Medikament wurde nicht angewandt. Bei der Krankenvisite am Morgen fand ich statt der erwarteten weiteren Schwellung vollständiges Wohlbefinden des Patienten. Die Schwellung war total zurückgegangen und nach weiteren 24 Stunden waren die vermeintlichen Gonokokken nicht mehr vorhanden. Patient, der sich auf ein Krankenlager von sechs Wochen gefasst gemacht hatte, verliess nach 2 Tagen die Klinik. Leider, wie in so vielen ähnlichen Fällen, ist der Versuch einer Kultur nicht gemacht worden und es fragt sich, trotz der negativen—Gram-Färbung, waren es Gonokokken, die dies Krankheitsbild hervorgerufen, oder nur ein ähnlicher Organismus. Diese 2 Fälle sind jedenfalls nicht in der Lage, die so wichtige Frage über Gonokokken, Pseudogonokokken und andere Bakterien zu entscheiden. Wir wissen aus den Untersuchungen Tiringers, dass stark verdünntes gonorrhoisches Sekret mildere Krankheitserscheinungen hervorruft. Wir wissen ferner, dass Pfeiffer und andere besondere, den Gonokokken ähnliche Bakterien bestimmt zu haben glauben, wir wissen ferner, dass Gonokokken sich verschiedenen Menschen gegenüber verschieden verhalten, dass Impfversuche mit gonorrhoischem Sekret gelegentlich negativ ausgefallen sind. (Bei Trachom von Kalt.) Daher ist es möglich, dass auch bei den rasch geheilten Fällen von Gonnorrhöe der Urethra gelegentlich Fehlschlüsse vorkommen, dass einzelne rasch und abortiv geheilte Fälle durch andere weniger virulente Krankheitserreger hervorgerufen wurden. Eine völlig einwandsfreie Statistik würde erst mit Zuhilfenahme von Reinkulturen zu erzielen sein. Therapeutisch erlaube ich mir nur noch die Bemerkung, dass ich in letzter Zeit in den Janet'schen Spülungen ein schönes, wirksames Heilverfahren gegen die akute Gonorrhoea adult. am Auge gefunden habe. Es scheint mir, dass die so überaus häufig vorkommende Läsion und Einschmelzung der Hornhaut hierdurch gehindert werden kann. Bei Neugeborenen habe ich eine grosse Anzahl von Fällen genau bakt. untersucht und bin zu dem gleichen Resultat gekommen, wie Groenow, dass nämlich eine Reihe dieser Fälle durch ganz andere Mikroorganismen hervorgerufen ist als durch den Gonokokkus.

Dr. Voss erkundigt sich nach dem Prozentsatz der Heilungen bei unbehandelten Gonorrhöen, oder solchen, die nur mit Bettruhe und Balsamicis behandelt worden.

Dr. A. Berg: Derartige statistische Gesichtspunkte könne er weder aus der Literatur, noch aus seinem eigenen Material entnehmen.

Im ganzen sei der Prozentsatz der sich für das Abortivverfahren eignenden Fälle ein geringer.

Dr. Zwingmann fragt Dr. v. Krüdener, ob es sich in den von ihm berichteten Fällen um ganz frische, oder ältere gehandelt habe?

Dr. v. Krüdener: Nur um ganz frische.

Dr. J. Eliasberg spricht sein Bedauern darüber aus, dass sowohl von Engelbrecht selbst, wie auch von dem Vortragenden die Anlagen von Kulturen unterlassen worden. Die Auslassungen Dr. v. Krüdeners scheinen für die Bedeutung einer jedesmaligen Differentialdiagnose der Krankheitserreger doch sehr bemerkenswert. Andernfalls böte die Darstellung der Nährböden so grosse Schwierigkeiten, dass von einem allgemeinern Gebrauch dieses Hilfsmittels kaum die Rede sein könne. Sehr wichtig erscheinen ihm die von Vortragendem schon hinreichend betonte Ausschliessung aller entzündlichen Formen von der Abortivbehandlung.

Dr. Hampeln berichtet von einem Fall aus seiner Praxis, wo das mikroskopische Kokkenbild gleichfalls zu einer irrtümlichen Annahme einer Gonorrhöe geführt habe. Es handelte sich um einen 8-jährigen Knaben mit Harnbeschwerden, trübem Urin, bei scheinbar normaler Harnröhre. Das mikroskop. Bild entsprach genau den Gonokkoken; es musste in Anbetracht des jugendlichen Alters des Pat. an ein Verbrechen gedacht werden. Der Knabe wurde in's Kinderhospital aufgenommen, wo die Diagnose zuerst gleichfalls auf Gonokokken gestellt, später aber zurückgenommen wurde. Es hatte sich nur um einen morphologisch ähnlichen Mikroben gehandelt.

Dr. P. Klemm: Die Gonorrhöe der Knochen und Gelenke pflegt sich in verschiedenen Formen zu äussern. In einem Teil der Fälle handle es sich nur um einen Erguss in's Gelenk, in einem andern Teil wieder um periartikuläre Phlegmonen, in wieder andern Fällen kam es direkt zu Ankylosen. Dabei handle es sich nicht etwa um Mischinfektionen, die diese verschiedenen klinischen Bilder zustande brächten, sondern um eine Gonokokkeninfektion. Das Virus sei immer dasselbe, nur die Gewebe verhielten sich demselben gegenüber verschieden, indem sie in verschiedener Weise reagierten. Analoges lasse sich bei den Eiterkokken beobachten, die in einem Falle einfache Eiterung, in andern Fällen Erysipel erzeugten. Die Annahme einer Varietät der Keime sei daher keine Denknotwendigkeit.

Dr. A. Berg entgegnet Dr. Eliasberg, dass der mikroskopische Befund genügend sichere Resultate ergebe, wenn man die intracellulare Lagerung, die Gruppierung, die Form und die Grösse der Diplokokken genügend beachte. Der kulturelle Nachweis der Gonokokken sei daher in der Mehrzahl der Fälle entbehrlich.

Dr. v. Krüdener: So einfach, wie Dr. Berg die Differenzialdiagnose schildere, sei sie in Wirklichkeit doch nicht. Noch immer werde wohl darüber diskutiert und geschrieben. Schon der Name Pseudo-Gonokokken spräche für die Wichtigkeit des Kulturennachweises.

Dr. M. Schönfeldt bemerkte gegenüber Dr. P. Klemm, dass namhafte Autoren, unter andern Erb, der verschiedenartigen Virulenz — speziell bei Lues — eine grosse Bedeutung für die Schwere der Erkrankung beimessen.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Digitized by Google

Berichtigung.

In Nr. 35, S. 376, Spalte 2, Zeile 3 von unten statt «Männerhospitals» lies: Marienhospitals.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 29. August hatten die Ehre, sich Sr. Majestät dem Kaiser vorzustellen: der Bevollmächtigte der fliegenden Kolonne und des Lazaretts Ihrer Majestät der Kaiserin Maria Feodorowna, Ehrenleibchirurg Professor Dr. Zoege v. Manteuffel, der Oberarzt des von der deutschen Gesellschaft des Roten Kreuzes auf den Kriegsschauplatz gesandten Feldhospitals, Dr. Brentano und der von der russischen Gesellschaft des Roten Kreuzes dem letztgenannten Feldhospital zukommandierte Dr. Brasche.

— Am 15. August vollendeten sich 30 Jahre der wissenschaftlichen Tätigkeit des Professors der pathologischen Anatomie an der Universität Kasan, Dr. Nikolai Ljubimow. (W. L. — R. Wr.).

— Vor kurzem beging der hervorragende Kölner Arzt Prof. Dr. Eduard Lent sein 50-jähriges Doktorjubiläum. Er ist Mitglied des deutschen Reichsgesundheitsamtes seit dessen Bestehen, ferner Vorsitzender der rheinischen Aerztekammer und des Ausschusses der preussischen Aerztekammern.

— Unser Landsmann, der Marinearzt Dr. Alexander v. Bunge aus Dorpat, der im Sommer aus Port Arthur glücklich heimkehrte, hat, wie die «Nordlivl. Ztg.» berichtet, einer in St. Petersburg an ihn gelangten Aufforderung, als Arzt eine Expedition an den Jenissei mitzumachen, alsbald Folge gegeben und hat auf dem Schiff «Sveaborg» die Reise in das Polarmeer bereits angetreten. Wie ein vom 1. September (19. August) aus Vardoe in Norwegen datierter Brief meldet, hat er inzwischen das Nordkap bereits glücklich umschifft und steuert nun auf die Jugor-Strasse bei Nowaja Semlja los. Er hoffte, bald die Jenissei-Mündung zu erreichen, und beabsichtigt dann nach kurzem Aufenthalte auf demselben Wege heimzukehren.

— Zum Oberarzt des alten städtischen Krankenhauses in Odessa ist, an Stelle des zum aktiven Dienst einberufenen Dr. G. M. Nasarow, der ältere Ordinator des städtischen Krankenhauses Dr. Noah Mangubi ernannt worden.

— Der Alvarenga-Preis, der alljährlich von einem Aerztekollegium in Philadelphia im internationalen Wettbewerbe verliehen wird, ist in diesem Jahre Dr. Watson in Edinburg zuerkannt worden für eine Abhandlung über «die Wichtigkeit der Diät, eine experimentelle Studie von einem neuen Standpunkt».

— Der Divisionsarzt der 16. Inf.-Division Dr. Iwanow ist krankheitshalber pensioniert worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirkl. Staatsrat.

— Verstorben: 1) Am 2. September in St. Petersburg der bekannte Orthopäde Dr. Karl Horn nach dreiwöchigem Krankenlager an Cholangitis im 55. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Pernau (Livland) geboren und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er mit mehreren Unterbrechungen von 1871—1884 studierte. Nach Erlangung der Doktorwürde ebendaselbst, liess er sich als praktischer Arzt in St. Petersburg nieder, wo er eine Heilanstalt für Orthopädie und Massage gründete und sich einer ausgebreiteten Praxis in seinem Spezialfache erfreute. Viele Jahre hindurch hat er auch als Konsultant für Orthopädie und Massage an der Maximilian-Heilanstalt gewirkt. Auf Dr. Horn's Initiative und unter seiner Aufsicht ist hier im Alexanderpark auf der Petersburger Seite aus den Mitteln des Ressorts der Kaiserin Maria eine allen Anforderungen der Neuzeit entsprechende und mit allen Hilfsmitteln reich ausgestattete orthopädische Heilanstalt erbaut worden, welche unter dem Schutz Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna steht. Leider ist es ihm aber nicht vergönnt gewesen, die nahe bevorstehende Eröffnung dieser von ihm mit viel Liebe und Eifer zustande gebrachte Musteranstalt zu erleben. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir nächstens. 2) In Werchnetroizkoje der Landschaftsarzt des Belebejewschen Kreises (Gouv. Ufa) Dr. Johann Trampnau im Alter von 42 Jahren. Der Verstorbene, welcher auch zur Reserve der Medizinalbeamten des Militärressorts gehörte, hat seit 1890 die Praxis ausgeübt. 3) In Moskau der dortige freipraktizierende Arzt Dr. W. M. Sakchejew im 34. Lebensjahre nach 10-jähriger ärztlicher Tätigkeit als Spezialist für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten. 4) Der zur Reserve der Beamten des Militär-Medizinalressorts zugezählte Landschaftsarzt Dr. W. M. Malkow im 32. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene i. J. 1898 erlangt.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Professor Dr. W. Zoege v. Manteuffel hat bei seiner Abreise vom Kriegsschauplatz im Fernen Osten, wie der «Regierungs-Anz.» mitteilt, von dem Oberkommandierenden aller gegen Japan operierenden Truppen, General Linewitsch, nachstehendes sehr schmeichelhafte Dankschreiben erhalten: Hochgeehrter Herr, Werner Germanowitsch! Nachdem Sie vor nahezu anderthalb Jahren an der Spitze einer vorzüglich organisierten Sanitätskolonne, die sowohl für die Tätigkeit im Rücken der Armee in einem stationären Lazarett als auch für die Arbeit auf den vordersten Positionen während des Kampfes geeignet war, auf dem Kriegsschauplatz eingetroffen waren, sind Sie an beiden Stellen Ihrer fruchtbringenden Arbeit ein der Nachahmung würdiges Vorbild gewesen. Ohne auf die Gefahren von den Geschossen und Kugeln zu achten, haben Sie unermüdlich die Erweisung der ersten Hilfe und die Bergung der Verwundeten aus dem Feuerbereich geleitet. Nach der Schlacht aber sind Sie, anstatt sich die verdiente Erholung zu gönnen, in Ihr Lazarett geeilt, um das Leben der leidenden Soldaten zu retten. Gott allein weiss es, wie viele Menschen Sie dem Tode entrissen und wie vielen Familien Sie den Vater und Ernährer erhalten haben. Abgesehen von der persönlich geleisteten Arbeit, haben Sie durch Ihr Beispiel auf die jüngeren Aerzte eingewirkt und dadurch, wenn auch indirekt, Ihr Teil zur Erfüllung der Christenpflicht hinsichtlich der Nächstenliebe beigetragen. Nun Sie durch Ihre Verpflichtungen als Professor von der aktiven Armee abberufen worden, bitte ich Sie, indem ich mich mit aufrichtigem Bedauern von Ihnen trenne, mir zu erlauben, Ihnen, Werner Germanowitsch, in meinem Namen und im Namen des russischen Soldaten die tiefste Dankbarkeit für alles auszusprechen, was Sie zum Besten der leidenden Krieger getan haben. Empfangen Sie die Versicherung meiner Hochachtung und Ergebenheit.

N. Lenewitsch.

Station Godsjadan, 5. Juli 1905.

— Bei den Truppen im Fernen Osten sind neuerdings nachstehende Ernennungen von Aerzten zu verzeichnen: der frühere Feld-Militär-Medizinalinspektor der Mandschurischen Armee Dr. Horbazewitsch — zum Ober-Feld-Militärmedizinalinspektor; der Gehilfe des Militärmedizinalinspektors des Amur-Militärbezirks, Dr. Boguschewski — zum Feld-Militärmedizinalinspektor der I. Mandschurischen Armee, unter gleichzeitiger Belassung in seiner bisherigen Stellung; der Korpschirurg des I. sibirischen Armeekorps und Oberarzt des Wladiwostoker örtlichen Lazaretts, Dr. Ponomarew — zum Oberchirurgen der I. Mandschurischen Armee, unter Belassung in der zur Friedenszeit von ihm eingenommenen Stellung.

— Die letzthin zum aktiven Dienst einberufenen Aerzte sind in einer heiklen Lage. Der Krieg ist zu Ende, also sind sie in der Mandschurei nicht nötig; trotzdem ist die auf den 15. September lautende Marschorder — wie die Zeitung «Nascha Shisn» wissen will — nicht widerrufen worden.

Von Universitäten und Kongressen.

— Der Prof. ord. der Odessaer Universität, Dr. J. L. Jaworski, ist nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist verabschiedet worden.

— Der Privatdozent und Prosektor der Universität Kasan, Dr. Kondaratski ist zum ausserordentlichen Professor der operativen Chirurgie, nebst topographischer Anatomie und Operationsübungen an der Leiche, ernannt worden.

— Durch den Uebergang des Warschauer Professors Dr. W. W. Maximow an das St. Petersburger städtische Kinderhospital als älterer Chirurg ist der von ihm bekleidete Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik an der Warschauer Universität vakant geworden und soll, wie der «R. Wr.» erfährt, auf dem Wege des Konkurses besetzt werden.

— Der Professor der Chirurgie Dr. C. Roux in Lausanne hat die Berufung auf den Lehrstuhl der Chirurgie in Königsberg als Nachfolger Prof. Garrè's abgelehnt.

— Die medizinische Prüfungskommission an der Moskauer Universität hat sich aufgelöst, da von den zehn Examinanden, die sich gemeldet hatten, kein einziger zum Examen erschienen war.

— Der Delegiertenkongress des russischen Aerzteverbandes hat, der «Russ» zufolge, den Beschluss gefasst, sich der allgemeinen Landschaftsorganisation

die in Sachen der Unterstützung der von der Missernte Betroffenen mit dem «Roten Kreuz» gemeinsam tätig sein will, nicht anzuschliessen, sondern sich zu diesem Zweck selbständig zu organisieren. Sollte die Administration oder Polizei der Tätigkeit des Aerzteverbandes nach dem Beispiel des vorigen Jahres hemmend entgegentreten, so soll mit einem allgemeinen Streik des Aerzteverbandes, dem schon mehr als 5000 Mitglieder angehören, geantwortet werden. — Es wurde zugleich beschlossen, besondere ärztliche Verpflegungspunkte für die Notleidenden zu errichten. Als Einnahmequellen sollen Privatspenden, auch Gagenabzüge der Mitglieder des Aerzteverbandes und die Hülfe anderer Verbände, der Pirogowgesellschaft, des Moskauer landwirtschaftlichen Vereins u. a. dienen.

Epidemiologisches.

Cholera. Während im preussischen Staate im eigentlichen Choleragebiet längs der Weichsel und Netze die Seuche in langsamem Rückgang begriffen ist, treten jetzt vereinzelt an anderen Orten Choleraerkrankungen auf, die aber dort bei den sofortigen Massnahmen die einzigen bleiben. Bis zum 5/18. September betrug die Gesamtzahl der Cholerafälle im preussischen Staat 202, von denen 75 letal endeten.

Aus Russland wird von der Allerhöchst eingesetzten Kommission zur Verhütung der Pest etc. am 7. September zum ersten Male nach mehr als 4 Monaten ein Cholerafall gemeldet. Einem Telegramm des Warschauer Gouverneurs vom 5. September zufolge, ist nämlich in Wloclawek (Stadt von ca. 25,000 Einwohnern im Gouv. Warschau) eine Frau gestorben, bei der die Cholera bakteriologisch festgestellt wurde. Die ausländische Presse macht anlässlich des Auftretens der Cholera in Deutschland der russischen Regierung den Vorwurf, dass sie die Bestimmungen der internationalen Sanitätskonvention vom Jahre 1903 nicht genügend erfüllt habe. Nach diesen Bestimmungen ist nämlich jeder Staat, in dessen Grenzen die Cholera herrscht, verpflichtet, den Nachbarstaaten einmal wöchentlich vom Stande der Epidemie Kenntnis zu geben, und ebenso von den gegen die Seuchen getroffenen Massnahmen. Das sei nun, wie die «Münch. Allg. Ztg.» meint, seitens Russlands nicht geschehen. Nur am 5. und 19. Juli sei aus Russland «dem deutschen Reichsgesundheitsamt je ein «nicht bestätigter Fall» gemeldet worden, während im August keine Cholerameldung erfolgt sei. Man habe daher natürlich allgemein an keine Gefahr von Russlands Seite geglaubt, trotzdem auf das Drohen einer solchen hingewiesen wurde. Noch schärfer urteilt die Pariser «Semaine médicale» in einem Artikel über die Cholera, in welchem es unter anderem heisst: «Der russ. offizielle «Regierungsbote» veröffentlicht in der ersten Augusthälfte folgende Meldung: «Seit dem 21. April ist in Russland kein Cholerafall vorgekommen». Diese Erklärung wirkt insofern überraschend, als es wohl nicht zweifelhaft ist, dass im Verlauf des letzten Monats in Russisch-Polen Cholerafälle sich ereignet haben... Es ist also klar, dass die Cholera in gewissen Teilen Russlands herrscht und dass sie durch russische Flösser auf der Weichsel und durch einen russischen Auswanderer in Hamburg eingeschleppt ist». «Die Vertuschung der Wahrheit, heisst es weiter, ist die Ursache für die Einschleppung der Cholera in den beiden Nachbarländern geworden und trotz der strengen Massnahmen steht zu befürchten, dass die Krankheit sich nicht auf die verseuchten Provinzen beschränken wird».

Verschiedene Mitteilungen.

— Wie der «Kasbek» meldet, hat Dr. Rossini in Kisslowodsk im Verein mit einem dortigen Einwohner Bjeloussow um die Konzession zur Herausgabe einer Tageszeitung unter dem Titel «Narsan» in dem kaukasischen Badeorte Kisslowodsk nachgesucht.

— Siebenundachtzig Jahre alt und fünfzigmal Kurgast. In diesem Jahr hat die Stadt Karlsbad ein ganz besonders seltenes Jubiläum zu verzeichnen, indem der mährische Grossindustrielle Emanuel Ritter v. Proskowetz sen. zum fünfzigstenmal zur Kur in Karlsbad eingetroffen ist, nachdem er vor 77 Jahren, und zwar im Jahre 1828, zum erstenmal die Sprudelstadt wegen eines Nierenleidens aufgesucht hat. Damals kam er als zehnjähriger Knabe mit seiner Grossmutter nach Karlsbad, und seither hat er in verschiedenenen Zwischenräumen im ganzen fünfzigmal in Karlsbald die Kur gebraucht, und seit 35 Jahren zählt er zu den alljährlich wiederkehrenden Gästen des Weltkurortes. Der Bürgermeister und der Stadtrat von Karlsbad haben diese seltene Gelegenheit wahrgenommen, den Jubilar zu beglückwünschen und die Freude darüber auszudrücken, dass es ihm, der im 87. Lebensjahr steht, vergönnt gewesen sei, nunmehr zum fünfzigstenmal die Kur in Karlsbad zu gebrauchen. Aus diesem Anlasse hat der Stadtrat auch beschlossen, einen Promenadenweg mit dem Namen des Herrn v. Proskowetz zu benennen.

— Das russische Grenzstädtchen und Seebad Polangen ist von einer verheerenden Feuersbrunst heimgesucht worden, bei welcher ca. 50 Häuser und das schöne Kurhaus mit den Badeeinrichtungen ein Raub der Flammen geworden sind.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. Aug. d. J. 9520 (46 mehr als in d. Vorw.), darunter 945 Typhus — (65 mehr). 928 Syphilis — (15 wen.), 202 Scharlach — (7 wen.), 129 Diphtherie — (9 mehr), 63 Masern — (16 wen.) und 9 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.).

Am 27. Aug. d. J. betrug die Zahl der Kranken 9686 (166 mehr als in der Vorwoche.), darunter 982 Typhus — (37 mehr), 948 Syphilis — (20 mehr), 235 Scharlach — (33 mehr), 149 Diphtherie — (20 mehr), 48 Masern — (15 wen.) und 15 Pockenkranke (9 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. bis zum 20. August 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen:			0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
M.	W.	Sa.														
402	303	705	133	72	150	22	13	25	50	60	53	43	37	25	11	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 31, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 19, Scharlach 15, Diphtherie 21, Croup 0, Keuchhusten 21, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 3, Grippe 0, Katarrhalische Lungenentzündung 44, Ruhr 11, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 79, Tuberkulose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungskanals 139, Totgeborene 48.

Für die Woche vom 21. bis zum 27. August 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen:			0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
M.	W.	Sa.														
379	313	692	137	66	127	18	18	25	58	55	47	53	38	34	11	5

2) nach den Todesursachen.

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 18, Scharlach 14, Diphtherie 17, Croup 0, Keuchhusten 20, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 1, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 64, Ruhr 9, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 15, Tuberculose der Lungen 59, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 48, Marasmus senilis 28, Krankheiten der Verdauungsorgane 106, Totgeborene 35.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 20. Sept. 1905.

Tagesordnung: Albanus: Ueber das Offenbleiben des Ductus Botallis.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 26. Sept. 1905.

Digitized by Google

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von K. L. RICKER in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nerven-, Morphium-, Alkohol- etc. Kranke
Gegründet 1890 B.-Baden Gegründet 1890
Mildeste Form der Morphium-Entziehung ohne Zwang und Qualen unter sofortigem Wegfall der Spritze in 4—6 Wochen. Prospekte kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen.)
Bes. u. dirig. Arzt Dr. Arthur Meyer. 2 Aerzte.

Bad Wildungen.
(Deutschland)
Privatklinik für Harnkranke.
Dr. Rörig II (Reinhard).

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства.

Совершенно не раздражаетъ. Охотно принимается. Хорошо усваивается. Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

Rationelle Heilung durch Phosphor

RHOMNOL (jede Pille enthält 0,05 Gr.).

dessen Hauptbestandtheil reine Nucleinsäure ist, von Dr. Leprince hergestellt.

$C^{40}, H^{54}, Az^{14}, O^{27}, P^{4}$.

Erprobt: bei Phosphaturie, Neurasthenie, Rachitis, Blutarmut und Alterschwäche.
Gebrauchsanweisung: 4—10 Pillen während der Mahlzeit.
Dr. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.
Erhältlich in allen besseren Apotheken. (33) 12—9.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Airol
Asterol
Sulfosotsirup
Thiocoltabl.
Thiocol

Thigenol
Synthetisches Schwefelpräparat.
Braune dicksirupöse, geruch- und geschmacklose Flüssigkeit.
Leicht resorbierbar, juckreiz- und schmerzlindernd, fleckt nicht die Wäsche.
Glänzend bewährt in der gynaecologischen Praxis und Dermatotherapie.
Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche".

Sulfosotsirup
die idealste Form der Kreosot-Therapie
wegen seiner Billigkeit für die Kassenpraxis geeignet.
Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.
Warnung! Sulfosotsirup ist nur echt wenn jede Flasche mit uns. Firma versehen ist.

Arsylin
Protylin
Brom-Protylin
Eisen-Protylin
Digalen

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^IE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Digitized by Google

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria mit ihren Folgezuständen, Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—14.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw,** Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Styptol (Knoll)

Uterines Haemostaticum.

Vereinigt die blutstillende Wirkung des Cotarnins und der Phtalsäure.

Anthrasol (Knoll)

Entfärbter Teer.

Besonders juckstillend und keratoplastisch. Anwendung wie gewöhnlicher Teer.

Literatur und Proben kostenlos!

KNOLL & C° • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*

Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*

Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*

Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*

Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel,** Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner,** Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (64) 10—10

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY

(62) 17—8.

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Дозв. ценз. Спб., 10 Сентября 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
OCT 2? 190?

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 37 St. Petersburg, den 17. (30.) September. **1905.**

Inhalt: Dr. med. Georg Reusner: Die vasomotorische Parese als Ursache von Katarrhen der oberen Luftwege und als diagnostisches Hilfsmittel. — **Referate:** M. Ramström: Untersuchungen über die Nervenverteilung in der vorderen Bauchwand und besonders im Peritoneum derselben. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** H. Senator und S. Kaminer: Krankheiten und Ehe. — L. Pincus: Belastungslagerung. Grundzüge einer nicht operativen Behandlung chronisch-entzündlicher Frauenkrankheiten und ihrer Folgezustände. — A. v. Frisch und O. Zuckerkandl: Handbuch der Urologie. — **Protokolle des Vereins St. Peterburger Aerzte.** — **Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.** — Dr. med. Karl Horn. — **Tagesnachrichten.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

Dieser № liegt № 6 u. 7 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.

Die vasomotorische Parese als Ursache von Katarrhen der oberen Luftwege und als diagnostisches Hilfsmittel.

Von

Dr. med. Georg Reusner,
prakt. Arzt in Riga.

Ehe ich meine Beobachtungen mitteile, halte ich es für notwendig, auf das Wesen der Parese des Gefässsystems der oberen Luftwege einzugehen. Am deutlichsten macht sich dieselbe am Schwellgewebe der Nase bemerkbar und zwar durch einen häufigen, gelegentlich scheinbar unmotivierten Wechsel in der Durchgängigkeit einer oder beider Nasenhälften. Das Charakteristische für die unkomplizierte vasomotorische Parese in der Nase ist das Fehlen der Schleimabsonderung. Es ist so zu sagen ein trockener Schnupfen, der bald wohl und bald nicht zu bemerken ist. Hier möchte ich bemerken, dass es besser wäre, die Bezeichnung «vasomotorische Parese» durch den Ausdruck «vasomotorische Labilität» zu ersetzen. Das Symptomenbild wäre prägnanter charakterisiert. Für den Zustand des Festseins der Nase infolge der erschlafften Vasomotoren hätte man dann «vasomotorische Parese resp. Paralyse» zu setzen, was auch wieder gut charakterisieren und eine fehlende Bezeichnung geben würde. Im folgenden werde ich auch meinem Vorschlage entsprechend die Bezeichnungen wählen. Streng zu scheiden ist die vasomotorische Labilität vom nervösen Schnupfen, welcher eine Sekretionsneurose ist. Derselbe kann allerdings durch eine vasomotorische Parese kompliziert sein. Dann giebt es ein kombiniertes Bild, in welchem Falle es oft schwer ist das primäre Leiden festzustellen. So ist es zum Beispiel sehr wohl möglich, dass die paretisch geschwellte Muschelschleimhaut auf das Tuberkulum septi oder eine andere in Frage kommende Stelle drückt und so die Sekretionsneurose auslöst. Umgekehrt kann auch die Sekretionsneurose die Parese hervorrufen. Normaler Weise finden wir z. B. ein Festgehen der Nase beim Weinen. Hier bewirkt die in die Nase geleitete Tränenflüssigkeit eine Parese. Ich selbst erlebte an mir gelegentlich das Bild eines nervösen Schnupfens, der auf die Weise erzeugt wurde, dass mir durch einen Kollegen eine Nasenhälfte mit Cocain und Adrenalin möglichst freigemacht und dabei mit einem an die Sonde befestigten kleinen Wattebausch das Septum nach oben und hinten offenbar zu stark gerieben wurde. Nach Nachlass der Cocain- und Adrenalinwirkung folgte für mehrere Tage eine sehr lästige und sehr reichliche Sekretion aus der Nase, die durch häufiges Niesen unterbrochen wurde. Bei einer späteren Operation und einer gleichen Anästhesierung fiel der nervöse Schnupfen fort. Ein anderes Mal aber hatte ich einen auf dieselbe Weise erzeugten Anfall, der wieder 8 Tage dauerte. Hier lag ein künstlich erzeugter Symptomenkomplex vor, der das Bild eines nervösen Schnupfens bot. Eine vasomotorische Parese zeigte sich dabei nicht, da die Nase sonst frei blieb. Es handelte sich in diesem Falle um ein Bild, das insofern dem Heuschnupfen verwandt ist, als auch bei letzterem ein mechanischer Reiz durch in der Luft fliegende Blütenpollen angenommen wird. Es lässt sich aber hieraus folgern, dass unter gewissen Umständen auch eine vasomotorische Parese (Paralyse) des Schwellgewebes die Sekretionsnerven durch Druck reizen kann. Es wird sich mithin in allen Fällen, wo die Parese kombiniert mit reichlicher Sekretion wiederholt auftritt und ein entzünd-

Digitized by Google

licher Katarrh der Schleimhaut nicht nachzuweisen ist, darum handeln, nach Möglichkeit die primäre Ursache festzustellen, was in einer Reihe der Fälle auch gelingen mag. — Noch schwieriger aber gestaltet sich die Frage, wenn noch die Komplikation eines Katarrhs hinzutritt. Die Möglichkeit darf aber insofern nicht ausgeschlossen werden, als die vasomotorische Labilität als solche als disponierend für Katarrhe angesehen werden muss, da ja die oft unregulierte Zirkulation die Widerstandskraft der Schleimhaut herabsetzen muss. Im Laufe der Zeiten können sich dann Hypertrophien entwickeln und ein für die Kritik der Entstehung vollkommen unklares Krankheitsbild schaffen, zu dessen Beseitigung operative und medikamentöse Massnahmen angewandt werden, wodurch ein Teil der bestehenden Beschwerden beseitigt wird. Die Nasenatmung wird frei. Die Neigung zum Schnupfen bleibt oder verschwindet — je nach den bedingenden Ursachen.

Wie unsicher der Weg ist, den man in Fällen vasomotorischer Parese oder nervösen Schnupfens einzuschlagen hat, beleuchtet in charakteristischer Weise der therapeutische Rat, der sich in Dr. Croners «Ther. an den Berl. Universitätskliniken» (1902) findet. Es heisst da: Coryza vasomotorica. Operative Behandlung der etwa in der Nase vorhandenen Anomalien, galvanokaustische Aetzung eines eventuell geschwollenen Tuberkulum septi, Ausspülungen oder Pinselungen der Nasenschleimhaut mit: Rp. Protargoli 0,5—1,0 ad 100,0 MDS. Aeusserlich. Innerlich Arsen: Rp. Sol. Fowleri, Aqu. amygd. amar. $\overline{aa}$ 7,5. MDS. von 3 × tägl. 4 Tropfen zu steigern bis auf 3 × tägl. 12 Tropfen. Der therapeutische Rat verlangt in diesem Falle ein Vorgehen gegen den Allgemeinzustand, indem Arsen gegeben wird und zugleich die möglichste Beseitigung sämtlicher lokaler Mängel wie diagnostizierbarer oder nicht sicher zu erkennender Katarrhe, als auch der Folgezustände solcher Katarrhe (Hypertrophien), und auch der etwaigen Bildungsanomalien. Dass diese Methode Erfolg haben muss, ist sehr naheliegend.

Im wesentlichen steht aber heute ein grosser Teil der Aerzte wohl so, dass er die Hauptursache der vasomotorischen Labilität als auch des nervösen Schnupfens in einem disponierenden Moment sieht, welches in einer allgemeinen Nervosität des daran leidenden Individuums zu suchen ist. Für einen grossen Teil der Fälle ist dieses auch unbedingt richtig, während es andererseits Fälle giebt, die nach einer längeren Beobachtung zum Schluss führen, dass die Ursachen lokaler Natur sind.

So giebt es eine Reihe von Berufsarten, die das Entstehen von Katarrhen begünstigen. Ich denke dabei an Personen, denen der Beruf körperliche Anstrengungen auferlegt, die die Haut häufig in Transpiration bringen, um dann diese feuchte Haut wieder unmittelbar abzukühlen. — In einer solchen Lage ist zum Beispiel der Forstmann bei der Kontrolle der Holzarbeiter im Winter. Nach anstrengendem Waten durch tiefen Schnee muss er, am Kontrollort angelangt, ruhig verweilen, bis er die notwendigen Notizen gemacht hat, um dann wieder weiter durch den Schnee zu waten und dann wieder die Haut abzukühlen. — Wolle und Netzhemd können hier nur zum Teil vor Erkältungen schützen. In solchen Fällen entwickelt sich also leicht ein Katarrh, welcher später um so leichter aufgefrischt wird und schliesslich eine Labilität der Vasomotoren herbeiführt, die nun ihrerseits wieder zu Folgezuständen führen kann. Dabei kann das Nervensystem im allgemeinen ausgezeichnet sein und nur lokal in der Nase sind die Vasomotoren unzuverlässig. Eine Allgemeinbehandlung der Nerven wäre also hier überflüssig.

In einer ähnlichen Lage befindet sich der Landarzt, der auf seinen Fahrten oft in überheizte Bauerwohnungen tritt und dann hernach im Schlitten die Abkühlung unangenehm empfinden muss. Dass es auch eine lokale Ursache für das Bild des nervösen Schnupfens geben kann, führte ich schon aus. Im ganzen sind aber die Fälle von vasomotorischer Labilität und von nervösem Schnupfen nicht die Krankheitsbilder, die gerade häufig die Sprechstunde des Arztes aufsuchen. Viel häufiger sind es die Katarrhe der oberen Luftwege und deren Folgezustände, die den Arzt beschäftigen und auch hier scheint es mir von wesentlicher Bedeutung zu sein über die ersten Ursachen ins klare zu kommen.

Aus diesem Grunde habe ich mich eine Reihe von Jahren hindurch mit der Frage beschäftigt: wann und wie entstehen eigentlich chronische Katarrhe der oberen Luftwege und was disponiert im besonderen den einen ganz hervorragend und den anderen weniger, und warum findet es sich so oft, dass manche Menschen zeitweilig beständig Katarrhe haben, um dann wieder die Disposition ganz zu verlieren. Ich persönlich bin hier in gewissem Sinne zu einer bestimmten Auffassung gelangt, die zum Teil in ähnlicher Weise auch bereits vertreten wurde, wenn auch nicht in ausführlicher Art. Daher möchte ich hier meine Ansicht mitteilen.

Wende ich mich zunächst der Frage zu, in welche Lebensjahre fallen die meisten Katarrhe der oberen Luftwege — so möchte ich auf Grund meiner Erfahrung etwa folgende Antwort geben. Zunächst finden sich unzweifelhaft in den ersten drei (3) Lebensjahren besonders häufig Schnupfen und Husten. Diese Disposition verliert sich aber in den Jahren darauf allmählich mit Ausnahme von denjenigen Fällen, die das Bild ausgesprochener Skrophulose darbieten. Entschieden häufiger werden aber die Katarrhe wieder zur Zeit der eintretenden Geschlechtsreife und in den darauffolgenden Jahren, um dann meist wieder seltener zu werden. Dann giebt es aber im Leben vieler noch eine Zeit der gehäuften und oft sehr lästigen Katarrhe und da ist es mir aufgefallen, wie häufig dieses Leiden in die Zeit der jungen Ehe oder auch besonders aufreibender geistiger Tätigkeit fällt.

Wende ich mich nun der Frage zu, wie diese Häufung in gewissen Lebensabschnitten zu verstehen wäre, so möchte ich für die drei ersten Lebensjahre als disponierend ansehen:

1) Die Zartheit des Alters.
2) Die oft sehr unzweckmässige Kleidung, welche in ihrer Reichlichkeit die freie Bewegung behindert, bei bereits geringer körperlicher Anstrengung Schweissausbruch bedingt, welcher dann ebenso disponierend wirken mag, wie es beim Forstmann geschieht, welcher Holzarbeiter kontrolliert.
3) In unvernünftigem Heizen der Wohnräume. Ich muss mich in dieser Richtung ganz der Beobachtung meines verehrten Lehrers Ed. von Wahl anschliessen, der in seinem Colleg wiederholt äusserte, dass es eine häufige Tatsache sei, dass Nasenkatarrhe durch das erste Heizen der Wohnungen im Herbst entstehen.

In diesem Falle entsteht meines Erachtens ein Katarrh durch eine künstlich erzeugte Parese des Schwellgewebes der Nase durch überhitzte trockene Luft und durch vikarierende Mundatmung — wobei die Schleimhäute so zu sagen etwas eintrocknen mögen.

Was die zweite Lebensperiode, die zu Katarrhen zu disponieren scheint, betrifft — so möchte ich bezüglich des männlichen Geschlechts sagen, dass ich bei hartnäckigen Katarrhen meist nicht fehlgegangen bin, wenn ich gleichzeitiges Bestehen von Masturbation oder häu-

Digitized by Google

figen Pollutionen voraussetzte. — Ich stelle gleich, sobald über häufig rezidivierende Katarrhe der oberen Luftwege geklagt wird, die orientierenden Fragen, um über das sexuelle Moment Klarheit zu erlangen und bekomme meist eine meine Voraussetzung bestätigende Antwort, sobald ich zuvor erfahren habe, dass erst seit 1—2—3 Jahren die Katarrhe bestehen und es früher nicht so gewesen sei.

Beim weiblichen Geschlecht lässt sich eine Frage nach Masturbation schwer stellen. Ich habe solches nicht versucht, weiss auch nicht, wie solches zu tun wäre. — Hin und wieder finden sich ja wohl in der Literatur Mitteilungen darüber, dass auch beim weiblichen Geschlecht Masturbation häufig sei. Ich bezweifele nur, dass die Mitteilungen tatsächlich auf Geständnissen beruhen. — Dagegen ist aber die Kombination Chlorose und Katarrhe der oberen Luftwege eine sehr gewöhnliche. Der gleichzeitig bestehende Fluor giebt dabei Gelegenheit eine Mahnung anzubringen, die Geschlechtsteile möglichst wenig zu berühren, d. h. man sagt die Kleidung muss so sein, dass sie nicht reibt, da Berührung schädlich sei, so dass die Frage nach Masturbation meist praktisch unwichtig ist.

In diesen Fällen, wo sich hartnäckig rezidivierende Katarrhe der oberen Luftwege nach dem Eintritt der Geschlechtsreife einstellen, liegt meines Erachtens nach die Ursache für dieselben in einem Moment, welches im Allgemeinbefinden des Körpers begründet ist. Am nächsten liegt der Gedanke, dass hier eine sexuelle Neurasthenie resp. eine Chlorose eine Labilität in der Cirkulation der oberen Luftwege bedingen und somit zu Katarrhen disponieren.

Ebenso handelt es sich um sexuelle Neurasthenie bei jungen Eheleuten. In anderen Fällen ist die Disposition durch Neurasthenie infolge von Ueberanstrengungen des Körpers und des Geistes gegeben. Dass sexuelle Ueberanstrengungen ungünstig auf die Katarrhe der oberen Luftwege wirken, betont auch Prof. Moritz Schmidt — Frankfurt in seinem bekannten Lehrbuche.

Nun könnte man mir sagen, dass meine Voraussetzung falsch sei, dass sich die Disposition gerade in einer sich oft wiederholenden Zirkulationsstörung, d. h. in einer vasomotorischen Labilität äussere. Ich möchte dagegen anführen, dass einerseits der Abusus in venere die Ausheilung eines Katarrhs verzögert und andererseits die geklagten Beschwerden bei Neurasthenikern oft in gar keinem Verhältnis zum objektiven Befunde stehen. In einer grossen Reihe von Fällen findet man im Schnupfenintervall nur das Bild der Parese bei sehr geringem Katarrh und muss man annehmen, dass die paretischen Zustände die Beschwerden erzeugen. Die sich häufenden Verschlimmerungen des Katarrhs weisen dann auf die geringe Widerstandskraft der oft paretischen Schleimhaut hin.

Hierher gehören auch die Katarrhe, die nicht selten einer Phthise vorausgehen. Ist die Lungentuberkulose deutlich ausgebildet, so ist ja bekanntlich die Nase meist frei und der Kehlkopf blass — wohl infolge eines chemischen Prozesses. Die dem Ausbruch der Lungentuberkulose so oft vorausgehende Neurasthenie zeigt sich aber oft mit einer festen Nase und häufig wiederkehrenden Katarrhen vereint, so dass ich auch hier in einer durch Neurasthenie bedingten vasomotorischen Labilität das disponierende Moment für die Katarrhe sehen möchte. Das später gewöhnlich eintretende Schwinden des Schnupfens und das Freiwerden der Nasenatmung dürften meine Ansicht nur stützen, dass die vasomotorische Labilität mit ihrem Folgezustand der Parese ursächliche Bedeutung für die Katarrhe hatte.

Im Anschluss an die vorliegenden Ausführungen möchte ich nachstehende These aussprechen:

In allen Fällen von häufig rezidivierenden Katarrhen der oberen Luftwege ist durchaus auch an die Möglichkeit zu denken, dass die letzte Ursache in sexueller Ueberanstrengung liegen kann.

In allen Fällen, wo diese Voraussetzung eine Bestätigung findet, ist die Therapie in der Hauptsache gegen die obengenannte Schädlichkeit zu richten — lokal aber nur so viel zu tun, als unbedingt notwendig ist. Es wären also Hypertrophien zu beseitigen, Rachen- und Kehlkopfkatarrhe mit stark geschwellter Schleimhaut zu pinseln. Dagegen sollte man aber alle Katarrhe, die bei nicht wiederkehrender Auffrischung auch ohne Lokalbehandlung in nicht zu langer Zeit von selbst ausheilen können, nach Möglichkeit in Ruhe lassen. Die Therapie gilt dann im wesentlichen dem disponierenden Moment, das ist der Neurasthenie. Lässt sich, wie z. B. bei anstrengendem Beruf, die Ursache aus praktischen Gründen nicht beseitigen, so muss für freie Nasenatmung durch Kauterisation oder Operation gesorgt werden, weil eine feste Nase die Neurasthenie nur verstärken und somit das Leiden vergrössern kann».

Als praktischer Arzt, dessen meistes Interesse der inneren Medizin gehört — der aber nebenbei auch Nasen- und Halspraxis betreibt — kann ich nicht umhin, auf die Wichtigkeit hinzuweisen, die auch in der Kombination «Innere Medizin + Krankheiten der oberen Luftwege» liegt. Neuerdings wird meist «Chirurgie + Krankheiten der oberen Luftwege» als besonders zusammengehörend angesehen. Ich glaube, man würde der Disziplin nicht schaden, wenn man einen Teil der Operationen dem Chirurgen überliesse — im wesentlichen aber die Krankheiten der oberen Luftwege als Teilgebiet der inneren Medizin ansehen würde.

Therapeutisch möchte ich im wesentlichen folgenden Massnahmen die Führung bei der Behandlung chronischer Katarrhe der oberen Luftwege zuerkennen.

I. Während der ersten Lebensjahre:

a) Vermeiden von stärkeren Temperaturschwankungen in den Wohnräumen. Am besten wirkt eine gleichbleibende Temperatur von 12—14° R.

b) Eher zu wenig Kleidung, als zu viel.

c) Frische und reine Luft.

II. Gegen Neurasthenie sind die Massnahmen zu treffen, die in erster Reihe ihre Ursachen zu beseitigen geeignet sind. Daneben sind die sub I genannten Ratschläge zu berücksichtigen. Im Hinblick auf das vermehrte Wärmebedürfnis der Nervösen wäre nötigenfalls wärmere Kleidung zu empfehlen, doch mit dem Rat, Schweissausbrüche in der kalten Jahreszeit nach Möglichkeit zu vermeiden resp. die Abkühlung in geeigneter Weise zu überwachen. Gegen Chlorose ist reichlich Eisen zu geben, verbunden mit einem Regime, wie es von Noorden in seiner Monographie über Bleichsucht in Nothnagels sp. Path. und Ther. empfiehlt. Bei Besprechung des Fluor albus sind gelegentlich als zweckmässig kalte Waschungen der Geschlechtsteile zu empfehlen. Dabei ist ein Hinweis zu machen, dass jedes unnütze Berühren der Geschlechtsteile durch die Kleidung oder andrer Art den Fluor verstärkt und nervös machen kann.

Ich möchte zum Schluss noch einmal auf meinen Vorschlag zurückkommen, die Bezeichnung «vasomotorische Labilität» zur Benennung des Krankheitsbildes und «vasomotorische Parese resp. Paralyse» für den paretischen resp. paralytischen Zustand der Vasomotoren im Schwell-

Digitized by Google

gewebe zu wählen. Wir kommen mit dem einen Ausdruck «vasomotorische Parese» nicht aus, da derselbe zu Zeit doppelsinnig ist und sowohl den Zustand der Labilität als den der Parese resp. Paralyse bezeichnet. Wir brauchen aber für den paretischen Zustand eine Bezeichnung. Der Wert einer solchen Bezeichnungsform erscheint mir sehr wesentlich. Während die Labilität die Gedanken auf ihre Ursachen hinlenkt, dürfte die gesonderte Beachtung der Parese auf die Folgezustände hinweisen und zur Untersuchung auffordern, unter welchen Umständen das Festsein der Nase eintritt oder auf welche Schädlichkeiten die Labilität im gegebenen Falle mit Parese antwortet. Gerade aber die Berücksichtigung von Zeit und Gelegenheitsursache des paretischen resp. paralytischen Zustandes kann zu sehr wichtigen diagnostischen Schlüssen führen, die eben durch mangelnde Beachtung nicht zustande kommen. Man wird dann in manchem Falle auf das Zusammenfallen von Gelegenheitsursache der Parese und Folgezustand der Parese aufmerksam werden und hierdurch häufiger für bisher unbekannte Folgezustände die bedingende Ursache als auch den für die Beseitigung des erkannten Folgezustandes nötigen Weg finden. Diese Art spezialisierter Abschätzung und Ueberdenkens von Ursache und Folge sowohl der Labilität als der Parese im einzelnen Falle muss mehr Licht in dieses Gebiet tragen, das ist ganz unzweifelhaft.

Der Gedankengang müsste also sein: Ich habe hier das Bild vasomotorischer Labilität. Diese Labilität scheint die oder die Ursache zu haben. Die Labilität hat den und den Grad, dass so und so oft unter den und den Umständen vasomotorische Parese eintritt. Während der Parese treten die und die Nebenumstände ein. Giebt es hier einen Zusammenhang und wie ist derselbe zu erklären? Oder aber: Patient klagt über dieses Leiden, welches mit einer Atmungsstörung verbunden ist oder welches unter Umständen auftritt, welche eine vasomotorische Parese begünstigen! Ist da ein Zusammenhang mit der Parese? Anschliessend an diese Ausführungen, möchte ich zwei Krankengeschichten mitteilen, die darauf hinweisen sollen, dass mit Hilfe dieser Art zu denken auch praktische Erfolge erzielt werden können.

Krankengeschichte I. Erste Konsult. 5. Juli 1898.

Chr. Pa. 21 a. n. Nabben, Loje Gesinde. Landarbeiterin. Klage: abends beim Einschlafen Beängstigungen — das heisst: bald nachdem sie eingeschlafen ist, fährt sie mit grosser Atemnot auf und braucht eine ganze Weile, um sich zu beruhigen. Solches wiederholt sich oft 5—6mal. Die Nasenatmung ist tagsüber frei. Im Frühjahr Bronchitis und Schnupfen gewesen. Seitdem besteht das Krankheitsbild. In letzter Zeit wurde es schlechter.

Meine diagnostische Kalkulation: Als Landarbeiterin hat sie im Juli viel Arbeit und zwar von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang. Demzufolge muss der Schlaf schnell eintreten und tief sein. Im Zusammenhang mit dem Katarrh im Früjahr und den grösseren Leistungen bei der Arbeit ist vasomotorische Labilität naheliegend. Beim Schlafengehen ist die Nase frei und Patientin schläft mit festem Munde ein. In Folge der Bettwärme tritt vasomotorische Parese des Schwellgewebes der Nase ein. Infolge der festen Nase kommt es zu beginnender Erstickung, die bei dem tiefen Schlaf erst spät durch Aufwachen unterbrochen wird. Daher der grosse Lufthunger. Da die Beruhigung erst sehr allmälig eintritt, wird die Nase bei aufrechter Haltung im Bett wieder frei. Das Bild wiederholt sich so oft, als Patientin mit geschlossenem Munde einschläft. — Erst bei Mundatmung tritt ungestörter Schlaf ein.

Die objektive Untersuchung ergiebt beiderseits grosse hintere Muschelenden. Kein Katarrh! — Therapie: Proposition, vor dem Schlafengehen die Nase mit Watte zu verschliessen. Fallen die Attacken dann fort — so soll Patientin sich operieren lassen. Nach einigen Tagen erscheint Patientin zur Operation der Muschelenden, da die Voraussetzung eingetroffen ist. Nach Entfernung der Muschelenden blieben die Anfälle fort.

Hier lag Pavus nocturnus infolge vasomotorischer Parese vor. Die vasomotorische Parese trat ein infolge der Bettwärme. — Die bedingende Labilität war durch einen Katarrh entstanden und dauerte noch längere Zeit nachdem an. — Das Freimachen der Nasenatmung brachte Heilung.

Krankengeschichte II. Erste Konsultation im März 1897.

Minna R., 18 a. n. Ladenhof-Upmalgesinde.

Im März 1897 fuhr ich zur M. R. aufs Land. Ich fand dieselbe im Bett sitzend vor. Das Gesicht war stark gerötet. Sie erbrach oft und tat es auch, als ich sie sah. Die Gefässe der Conjunctiva bulbi waren injiziert, die Augen tränten mässig, die Nase war vollkommen fest und aus derselben floss reichlicher glasiger Schleim. Sie selbst hörte auf meine Fragen nicht recht hin und gab wirre Antworten. Anamnestisch liess sich ermitteln, dass sie am Tage vorher ganz gesund gewesen und abends in die Badestube (russische) gegangen war. Dort war sie zum Dampfbad auf's Gerüst gestiegen, hatte dasselbe aber bald wieder verlassen, sich schnell angekleidet und war dann fortgegangen. Auf dem Heimwege wurde sie später von den anderen bewusstlos auf dem Schnee gefunden. Zur Zeit meiner Besichtigung war es bereits besser geworden. Wie lange sie bewusstlos gewesen ist, habe ich leider nicht festgestellt. Bei genaueren Fragen erfuhr ich aber, dass schon früher ähnliche Anfälle bestanden hatten. Dieselben waren auch in der Badestube entstanden. Ich nahm Epilepsie an. — Da die Nase vollkommen fest war und ich mich gerade damals viel mit Fragen betreffend die vasomotorische Parese beschäftigte, so beschloss ich gleich das Schwellgewebe der Nase durch Kauterisation dahin zu bringen, dass ein Festgehen der Nase unmöglich würde. Den Grund zu diesem Entschluss gab die Vorstellung, dass die Hitze in der Badestube den ersten Grund zum Anfall abgegeben habe. Da das Bild nervösen Schnupfens jedenfalls zu Zeit meiner Besichtigung bestand, so dachte ich mir die Sachlage so:. vasomotorische Labilität, durch heisse Badestubenluft Parese des Schwellgewebes in der Nase, Druck auf die gegenüberliegende Schleimhaut, beginnende Aura zum epileptischen Anfall. Infolge dessen schnelles Verlassen der Badestube. Nervöser Schnupfen vor oder nach dem Anfall. Meine Spekulation ging dahin, die Kette zu durchbrechen und eine Reizwirkung durch die vasomotorische Parese auszuschalten. Ich riet daher dringend den Bekannten des Mädchens, dasselbe später zu überreden nach Lemsal, wo ich damals lebte, zur Kur zu kommen und ordinierte einstweilen Brom.

Nach etwa einer Woche erschien auch das Mädchen bei mir und war mit jeder Massnahme zufrieden, die ich ihr vorschlug. Bei der Anamnese gab sie an, dass sie oft an Kopfdruck und Kopfschmerz leide und zwar besonders bei der Flachsraufe und in der Darre. Im ersteren Falle muss sie mit gesenktem Kopfe arbeiten — im letzteren ist der Raum überhitzt. Leichtere Anfälle ohne Bewusstseinsverlust waren in Form bald vergehenden Schwindels mehrfach vorgekommen, schwere Anfälle — im ganzen drei — mit vollkommenem Bewusstseinsverlust stets in der Badestube.

Die schweren Anfälle beschrieb sie wie folgt: «Vollständiger Bewusstseinsverlust — nachher Irrereden, ein bis zwei Tage starke Kopfschmerzen und Erbrechen und ca. 8 Tage lang nachher Ohrensausen. Bezüglich ihrer Familie notierte ich, dass eine ausgesprochene Belastung nicht nachzuweisen war. Ihre Mutter war plötzlich gestorben, der Vater lebte. Sie selbst ist gefällig und heiter — leicht aufbrausend — verträgt sich aber mit ihrer Umgebung gut.

Die objektive Untersuchung ergab folgendes: Grosse, stark geschwellte untere Muscheln, kein Katarrh, grosse hintere Muschelenden, grosses adenoides Polster (nicht polypös). Nasenatmung genügend frei! Nach der Kokainisierung verschwanden die Muschelenden fast ganz und die Muscheln schrumpften so stark, dass die Nase sehr frei wurde. Hypertrophien waren fast nicht vorhanden und eine Amputation der Muschelenden gelang späterhin eigentlich nicht, da nach der Kokainisierung fast nichts zu fassen war.

Ich stellte damals auf Grund der Anamnese und des Befundes die Diagnose auf nasale Epilepsie und möchte nunmehr diese Diagnose begründen.

Zunächst konnte ich vasomotorische Labilität als bestehend feststellen. Die Ursache derselben mag in einer Chlorose begründet gewesen sein. Jedenfalls erwies der objektive Befund das Vorhandensein einer Parese und somit auch einer Labilität. Der Umstand, dass besonders beim Flachsraufen und in der Darre Kopfdruck

Digitized by Google

und Schmerz und gelegentlich Schwindelgefühl bestand, — weist auf das Zusammenfallen dieser Erscheinungen mit Gelegenheitsursachen vasomotorischer Parese hin. Bei vorhandener vasomotorischer Labilität ist bei gesteigertem Blutdruck, wie beim Senken des Kopfes, stärkere Blutfüllung des Schwellgewebes in der Nase anzunehmen. Wer es bei Schnupfen versuchen will, den Kopf stärker zu senken, wird die Beobachtung machen, dass die Nase dadurch an Durchgängigkeit verliert. Bei der Arbeit in der Darre kommen im ganzen drei Momente in Betracht, welche die Parese begünstigen und zwar erstens die Kongestion zum Kopf beim Heben des Getreides, zweitens die heisse und trockene Luft und drittens der Staub, welcher direkt auf die Nasenschleimhaut und indirekt durch Tränenabfluss von den gereizten Augen in die Nase wirken mag. In der russischen Badestube wirken sehr hohe Hitzegrade einer oft rauchgeschwängerten Luft. — Die Parese mag hier ähnlich entstehen, wie sie ganz bekannter Weise beim Fahren im überheitzten Eisenbahnwagen zustande kommt. — Die Koinzidenz der geklagten Beschwerden mit der Gelegenheitsursache der vasomotorischen Parese und das tatsächliche Bestehen einer vasomotorischen Labilität führt hier auf den Gedanken eines kausalen Zusammenhanges, der die Fixierung der Diagnose auf nasale Epilepsie mit genügend grosser Wahrscheinlichkeit zulässt. — Die therapeutischen Massnahmen waren folgende: Nach Kokainisierung Amputation der hinteren unteren Muschelenden, wobei sich sehr wenig entfernen liess. Energische Kauterisation der unteren Muscheln und zwar zwei tiefe Kauterisationsfurchen beiderseits parallel von hinten nach vorn.

Da sich im Anschluss an die Nasenbehandlung Angina einstellte und im Anschluss an letztere Otitis media rechts — so sah ich von der Entfernung der Tonsilla tertia zunächst ab. Nach Vernarbung der Cauterisationswunden war die Nase weit. Ich liess jetzt die Patientin sich allen den Schädlichkeiten aussetzen, die früher Kopfschmerz und Druck, Schwindel und Epilepsie hervorriefen. — Keine einzige der früheren Erscheinungen trat mehr auf. Die russische Badestube wurde ausgezeichnet vertragen, desgleichen die Arbeit bei gesenktem Kopf. Infolge dessen nahm ich von einer Entfernung der Adenoide Abstand. — Das Mädchen war nach der Nasenbehandlung vollkommen gesund. Ein Sedativum hat sie nach der Operation nicht gebraucht. Zuletzt sah ich dieselbe $2^1/_3$ Jahre nach der Nasenbehandlung. Sie gab an vollkommen gesund zu sein und versprach wiederzukommen, falls es schlechter werden sollte.

[Diesen Fall werde ich auch in einer anderen Arbeit, die einen Beitrag zur nasalen Epilepsie liefern soll, zitieren. Ich war noch einmal in der Lage, bei einer Epileptischen vasomotorische Labilität und Parese als Ursache der Anfälle zu diagnostizieren und die Freude zu haben, dass nach der operativen Behandlung Heilung ohne den Gebrauch eines Sedativums eintrat. — Mehrere Jahre nach der Operation—gelegentlich eines Referats in einem Aerztekreise musste ich allerdings die Bemerkung machen, dass der Fall diagnostisch nicht ganz klar ist, d. h. dass für alle epileptischen Anfälle die Koinzidenz derselben mit einer Gelegenheitsursache für vasomotorische Parese nicht überzeugend nachzuweisen war. Der Fall gehört aber auch hierher.]

Referate.

M. Ramström: Untersuchungen über die Nervenverteilung in der vorderen Bauchwand und besonders im Peritoneum derselben. Hygiea, Juli 1904.

Nach Luschkas Angabe sollen die Nerven des Peritoneum parietale aus dem Phrenicus stammen. Verf. weist nun nach Anwendung vervollkommnete Methoden nach, dass sie aus den Interkostalnerven stammen. Diese drängen zunächst in die Bauchmuskeln und versorgen diese, zahlreiche Anastomosen bildend. Aus denselben Anastomosenbogen wie die Nerven des M. transversus stammen auch diejenigen des Peritoneum par. Im Peritoneum angelangt, verlieren sie rasch ihren Myelinmantel und bilden ausserordentlich dichte Netze. Nur diejenigen Nerven, die zu Pacinischen Körperchen treten, behalten stets bis zuletzt ihren Myelinmantel. Die Pacinischen Körperchen sind in einigen (4) quergestellten bandartigen Gruppen angehäuft, etwa 10—20 Körperchen in einer Gruppe. Dieselben hängen immer an ganz kurzen Nervenzweigen und lehnen sich oft an den Nervenstamm. Die Pacinischen Körperchen zeigen sehr verschiedene Formen, so dass kaum zwei Körperchen inbezug auf Nervenendigungen in denselben einander auch nur ähnlich sind.

Buch.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Senator und S. Kaminer: Krankheiten und Ehe. München. Lehmann. 1904.

Senator und Kaminer sind blos die Herausgeber, die mit einem ganzen Stab von Spezialgelehrten sich die Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und Ehegemeinschaft zur Aufgabe gemacht haben. Das Werk erscheint in mehreren Abteilungen, von denen uns die III. Abteilung vorliegt. Der Einfluss der Ehe resp. der geordneten Geschlechtsgemeinschaft auf die Gesundheit von Mann und Weib ist ein so grosser, dass es wohl der Mühe lohnte, ihm ein besonderes Werk zu widmen. Diese III. Abteilung des Buches ist so interessant geschrieben, dass man das Buch mit Spannung liest, und es nur ungern aus der Hand legt. Ein näheres Eingehen auf den Inhalt verbietet der Rahmen dieses kurzen Referates, nur soviel sei gesagt, dass die Autoren der einzelnen Kapitel ihre Aufgabe glänzend gelöst haben. Zur Orientierung seien die Ueberschriften der Einzeldarstellungen angeführt: 1) Ledermann, Hautkrankheiten und Ehe, 2) Derselbe, Syphilis und Ehe, 3) Neisser, Trippererkrankungen und Ehe, 4) Posner, Erkrankungen der tieferen Harnwege, physische Impotenz und Ehe, 5) Blumreich, Frauenkrankheiten, Empfängnisunfähigkeit und Ehe, 6) Eulenburg, Nervenkrankheiten und Ehe, 7) Mendel, Geisteskrankheiten und Ehe, 8) Moll, Perverse Sexualempfindung, psychische Impotenz und Ehe, 9) Leppmann, Alkoholismus, Morphinismus und Ehe, 10) Leppmann, Gewerbliche Schädlichkeiten und Ehe, 11) Placzek, Aerztliches Berufsgeheimnis und Ehe und 12) Eberstadt, Sozial-politische Bedeutung der sanitären Verhältnisse in der Ehe.

W. Beckmann.

L. Pincus: Belastungslagerung. Grundzüge einer nicht operativen Behandlung chronisch-entzündlicher Frauenkrankheiten und ihrer Folgezustände. Wiesbaden. Verlag v. J. Bergmann. 1905.

Unter Belastungslagerung versteht Verf. die «positio in plano inclinato cum compressione», also die Lagerung auf einer schiefen Ebene unter gleichzeitiger Heranziehung der Belastung. Dieses Verfahren findet seine Anwendung und ist vom Verfasser mehrfach empfohlen worden bei verschiedenen Formen chronisch-entzündlicher Affektionen des weiblichen Genitaltraktus. Die Patientinnen werden vorübergehend oder dauernd durch Unterstellen von Ziegelsteinen oder dergleichen unter das Fussende des Bettes «hochgelagert», die Erhebung beträgt 15—30 ctm., der Kopf muss stets etwas erhöht liegen. Dabei wird von den Bauchdecken oder von der Vagina aus eine Kompression eingeleitet: vom Abdomen aus durch Schrotbeutel im Gewicht von 1—5 Kilo oder durch Tamponade («Staffeltamponade») der Scheide oder Einführung eines mit Quecksilber gefüllten Kolpeuryntèrs. Die Erhöhung des Beckens vermindert den Venendruck und sorgt für besse-

Digitized by Google

res Zurückfliessen der Lymphe aus den Generationsorganen, der Druck von aussen fördert schon mechanisch die Resorption. Zur Behandlung eignen sich chronische entzündliche Veränderung der Beckenserosa und der Adnexa, sowie die Retroversio-flexio fixata, alte Exsudate, Strangbildungen. Kontraindiziert ist die typische Belastungslagerung bei allen akuten und subakuten Prozessen. Verf. führt mehrere Krankengeschichten an. Manche Fälle lassen sich ambulant behandeln. Verf. rühmt seine Methode auch sehr bei einigen Begleit-resp. Folgezuständen chronischer Beckenentzündungen, so der chronischen Blutarmut und der Neurose des Bauchsympathicus. Mehrere gut getroffene Abbildungen illustrieren das Gesagte.

Lingen.

A. v. Frisch und O. Zuckerkandl: Handbuch der Urologie. Band II. (1905. Wien. Hölder).

Bereits beim Erscheinen des I. Bandes dieses umfassenden Sammelwerkes hat Ref. Gelegenheit gehabt, auf die Bedeutung des Buches hinzuweisen, das dazu bestimmt scheint, unter kritischer Sichtung sämtlichen einschlägigen Materials den augenblicklichen Entwicklungszustand der Urologie in der Darstellung hervorragender Spezialisten zu fixieren. Auch nach Kenntnissnahme des vorliegenden zweiten Bandes lässt sich nur dasselbe Urteil wiederholen. Von Wagner bearbeitet finden wir zunächst eine eingehende Darstellung der Lehre von den Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der Nieren und Harnleiter, sodann folgt «Medizinische Klinik der Krankheiten der Niere und des Nierenbeckens» in der Bearbeitung von Prof. Mannaberg. O. Zuckerkandl behandelt die «Erkrankungen der Harnblase» und Frankl-Hochwart die «nervösen Erkrankungen der Harnröhre und Blase». Diese Hinweise auf den reichen Inhalt mögen genügen.

Die Ausstattung des vorl. II. Bandes ist ebenso wie die des ersten vorzüglich, eine Reihe gelungener Abbildungen und eine vorzügliche Farbentafel dienen dem Werk zur Zierde.

Wichert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

767. Sitzung vom 25. Januar 1905.

Vorsitz.: Schmitz, später Blessig. Sekretär (stellv.): O. Moritz.

Schmitz. «Ueber die Verbreitungswege der Tuberkulose im menschlichen Körper». (Praesidialvortrag).

768. Sitzung vom 8. Februar 1905.

Vorsitz.: Blessig. Sekretär (stellv.): O. Moritz.

Dobbert: «Ueber operative Myomtherapie» (Erschienen in Nr. 17 und 18 dieser Wochenschrift 1905).

769. Sitzung vom 22. Februar 1905.

Vorsitz.: Blessig. Sekretär (stellv.): O. Moritz.

1. Hellat demonstriert einen Fall von Wolfsrachen bei einem 14-jährigen Knaben.

Den kleinen Patienten habe ich einmal im Verein bereits vorgestellt. Er sollte wegen Wolfsrachens operiert werden. Gegenwärtig möchte ich Ihnen den Erfolg der Operation vorführen. Wie Sie bemerken, giebt es noch 2 kleine Oeffnungen im Gaumen, ebenso weist die Aussprache erhebliche Mängel auf. Es muss jedoch bemerkt werden, dass die Defekte in der Aussprache nicht auf die Oeffnungen im Gaumen zurückzuführen sind. Wenn man letztere verstopft, bessert sich die Sprache nicht. Ebensowenig darf für die mangelhafte Aussprache die Lähmung resp. Atrophie der Gaumenmuskulatur verantwortlich gemacht werden.

Nach meiner Anschauung liegt der Grund in der Ungewohntheit seine Gaumenmuskulatur willkürlich richtig zu verwenden; bisher hat Patient keine Möglichkeit gehabt dieselbe zu üben. Diese Voraussetzung findet darin eine Stütze, dass die unwillkürlichen Bewegungen, wie z. B. das Schlucken, unbehindert vor sich gehen.

Auch spricht Patient viel reiner, wenn man ihm den Mechanismus der schwierigen Laute vordemonstriert, resp. genügend erläutert. Schwierigkeiten bereiten, wie kaum hinzugefügt zu werden braucht, vor allen Dingen die Zungenlaute, welche eine komplizierte Bewegung des weichen Gaumens oder einen Abschluss des Nasenrachenraumes von der Mundhöhle voraussetzen. Solche Laute sind, z. B. k, g, s, t, z. Bei verständiger systematischer Anleitung dürften weitere Erfolge in der Aussprache nicht ausbleiben.

Was nun die Operation anlangt, so ist zu bemerken, dass Patient zunächst im Verein mit Dr. Fick nach Langenbeck operiert wurde. Nach dieser Operation hielt nur eine schmale Brücke. Ich wollte infolgedessen Langenbeck nicht wiederholen, sondern versuchte vermittelst dieser gekrümmten Nadel, die der Trélat'schen sehr ähnlich aussieht, den weichen Gaumen unter Cocainanaesthesie zu nähen. Die Naht gelang ziemlich leicht, wenn sie auch an einzelnen Stellen wiederholt werden musste.

Der vorderste Winkel der Spalte wurde dagegen plastisch gedeckt. Die Plastik wurde folgendermassen ausgeführt:

Es wurde zunächst der laterale Rand der Spalte angefrischt, darnach vom Septum möglichst hoch oben ein Schleimhaut-Periostlappen abpräpariert und nach unten geklappt, so dass der freie Rand in die Mundhöhle und die periostale Fläche um den angefrischten Rand der Gaumenspalte zu liegen kam. In dieser Stellung wurde der Lappen durch Tampons, welche in die Nasenhöhle eingeführt wurden, gehalten. Die Anheilung ging anstandslos vor sich, wodurch vor allen Dingen der vorderste Winkel, der nach Langenbeck am schwierigsten geschlossen werden kann, gedeckt wurde. Die noch stehen gebliebene Oeffnung wäre ohne vorangegangenen Langenbeck durch die Plastik wohl auch zu schliessen gewesen. Jetzt störte die Brücke.

Diese Art der Plastik kann in sitzender Stellung mit Cocain ohne erheblichen Blutverlust ausgeführt werden. Nach dem Vorliegenden zu urteilen, dürften wir durch dieselbe in geeigneten Fällen auf Erfolg rechnen können. Durch Mangel an Zeit bin ich verhindert gewesen nachzuforschen, ob bereits ähnliche Methoden in Anwendung gekommen sind.

2. O. Moritz: Zur Kenntnis der Eiweisskörper im nephritischen Urin. (Erschienen in dieser Wochenschrift Nr. 9, 1905).

Diskussion:

Westphalen weist darauf hin, dass die Ausfällung des Eiweisses bei der Esbach'schen Reaktion in den besprochenen Fällen dadurch verhindert werden könnte, dass nicht sowohl besondere Eiweisskörper vorhanden wären, als *die* molekuläre Zusammensetzung der Eiweissstoffe bei der febrilen Albuminurie eine andere sein könne — besonders bezüglich der Grösse der Moleküle. Er verweist auf die Rühlmann'schen Arbeiten mit dem Ultramikroskop. Bei der febrilen Albuminurie handle es sich um einen Zerfall der Nierenepithelien — des Parenchym's, während das Interstitium frei bleibe; dabei sei es wohl sehr wahrscheinlich, dass hierbei auch ein morphologisch anders beschaffenes Eiweiss ausgeschieden werde, das gerade in der Gestaltung seiner Moleküle sich abweichend verhalten müsse. W. weist auf den bekannten Vorgang bei der Klärung der trüben Bouillon durch ein Hühnerei hin.

Masing: Die Reaktion auf Albumosen ist sehr einfach und hätten dieselben leicht nachgewiesen werden können. Bezüglich der Herkunft des Urineiweisses ist M. der Ansicht, dass dasselbe stets aus dem Blute stamme. Ferner erscheint es bedenklich, die Experimente mit tierischen Eiweissstoffen ohne weiteres für die menschlichen Eiweissstoffe zu verwerten. Wir wissen — unter anderen ist das von Passini erwiesen, — dass tierisches, d. h. artfremdes Eiweiss stets im Organismus des Menschen in arteignes umgesetzt wird.

Ucke betont, dass fremde Eiweisskörper sich im Organismus wie Gifte verhalten, und dass die Muttermilch der einzige Eiweissstoff ist, der unverändert aufgenommen werden kann. U. glaubt, dass bei den besprochenen Eiweisstrübungen es sich um Bindung verschiedner Eiweisskörper untereinander handeln könne.

O. Moritz ist mit Westphalen durchaus darin einverstanden, dass es sich bei der besprochenen Esbach-Reaktion um molekuläre Umlagerungen handeln könne. Welcher Art dieselben jedoch sind, darüber lässt sich bisher noch um so weniger debattieren, als auch die Chemiker eben erst anfangen die kolloidalen Körper und ihre Lösungsbedingungen eingehend zu studieren. Deshalb ist in vorliegenden Untersuchungen nur der Nachweis versucht worden, dass die erwähnte Reaktion, nicht — wie bisher angenommen durch einen Eiweisskörper — das Nucleoalbumin — an sich genügend erklärt werden könne und dass zum Zustandekommen dieser Reaktion neben dem Eiweiss auch noch spezifische Albumosen vorhanden sein müssen. Der Albumosennachweis ist

Digitized by Google

stets vorgenommen worden. Die Experimente mit tierischem Eiweiss sollten nicht etwa direkt für die menschlichen Verhältnisse beweisend sein, sondern nur zeigen, dass verschiedene Nucleoproteide — an sich — nicht die erwähnte Reaktion geben. Bezüglich der Ansicht von Dr. Masing, dass alle Eiweissstoffe des Urin's aus dem Blute stammen, ist dieses nur insofern zuzugeben, als das Blut in letzter Linie die Muttersubstanz aller Gewebe ist. Das Albumin und das Globulin werden direkt aus dem Blute «filtriert», das Nucleoalbumin jedoch aus den Nierenepithelien selbst gebildet. Das letztere ist durch Cloetta's Versuche jetzt sichergestellt.

Westphalen: Die Beobachtung, die M. gemacht hat, dass der Magensaft dieselbe «Esbach'sche Trübungsreaktion» giebt, wie der Urin der febrilen Albuminurie, bestätigt die Ansicht, dass es sich hier wie dort um «Sekretionsvorgänge» handelt im Gegensatz zu der Filtration bei der «Nephritis» im engeren Sinne.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 15. Dezember 1904.

Vor der Tagesordnung demonstriert a) Dr. J. Eliasberg einen Kranken von 54 Jahren, welcher an der einen Hand eine carcinomatöse Wucherung aufweist, die sich aus einem Abszess entwickelt hat.

Dr. Voss fragt an, ob eine mikroskopische Untersuchung gemacht worden sei, worauf

Dr. Eliasberg antwortet, dass dieselbe noch ausstehe.

b) Sodann demonstriert Dr. P. Klemm 2 Präparate von 2 Proc. vermiformes, welche durch Operation gewonnen wurden. Der Krankheitsverlauf war beidemal ein foudroyanter, die Operation geschah nach 36 Stunden. Das 1. stammt von einem 13-jährigen Mädchen; es war keine Resistenz zu fühlen gewesen; chirurgisch eingegriffen wurde, weil Verdacht auf Peritonitis vorlag. Die Därme waren nicht verklebt; im kleinen Becken kotige Flüssigkeit; der pr. vermiformis zeigte eine Perforation durch einen Kotstein. Das 2. Praep. stammt von einem 15-jährigen Knaben; da auch hier der Leib aufgetrieben war, heftiges Erbrechen bestand, wurde operiert; eine Resistenz war auch hier nicht zu fühlen. Der Befund glich vollständig dem 1. Falle; in beiden Fällen handelte es sich um den Beginn einer jauchigen Entzündung.

In beiden Fällen war zuerst von anderer Seite ein Abführmittel gegeben worden, in dem einen Fall durch den Arzt.

Nach Dr. Klemm werde die Indikation zur Ruhigstellung des Darmes in letzter Zeit nicht allgemein anerkannt; Klemm hält dieselbe durchaus aufrecht, der Darm müsse ruhig gestellt werden. Eine Entleerung des Darmes könne hier auch gar nichts nützen. Iverson und Kümmel vertraten den Standpunkt, dass die Erkrankung des Typhlon ein fortgeleiteter Katarrh des Dickdarmes sei; jetzt steht man nicht so, durch bakterielle Infektion an Ort und Stelle entstände die Typhlitis.

Dr. Voss: Vor der Zeit Kümmels gehörte die Perityphlitis zu den seltenen Krankheiten. Die Klemm'schen Fälle sind wegen ihres eigentümlich schnellen Verlaufes vielleicht ein Beweis dafür, dass diese Differenz an der Diagnosenstellung gelegen habe und früher diese Fälle unter der Diagnose «Peritonitis» gestanden haben.

Nach Dr. A. Bergmann ist die Erkrankung jetzt schon viel häufiger als früher; von Jahr zu Jahr ist die Krankheit bösartiger geworden; nur so kann man es sich erklären, dass der konservative Standpunkt allmählich verlassen wird. Die Klemm'schen Fälle beweisen, wie wichtig es ist, früh zu operieren. Dr. Bergmann hat kürzlich einen ähnlichen Fall gehabt: am Sonnabend Beginn der Erkrankung, am Sonntag Temp. 39,5, der Puls ging in die Höhe, am selben Tage Operation; der Wurmfortsatz war bereits gangränös, auch Exsudat war vorhanden. Wenn man ganz früh ein Abführmittel giebt, kann man dies zuweilen entschuldigen, z. B. bei der Appendicitis spl., die Temperatur sinkt hier darnach, doch ist dies nach Dr. Bergmann's Ansicht falsch und zu riskiert. Bergmann selbst hat nur Schaden dadurch gesehen.

Der Zusammenhang von Appendicitis und Darmkatarrh ist nicht ganz zu leugnen; die Beschwerden der Appendicitis schwinden, wenn der Darmkatarrh behandelt wird.

Dr. P. Klemm betont, dass in Deutschland sich immer mehr die Neigung bemerkbar macht, möglichst frühzeitig zu operieren. Sonnenburg stellte bestimmte Indikationen auf, mit welchen Klemm sich in Uebereinstimmung weiss; in 24 Stunden kann das Bild sich sehr ändern; daher stellt man sich so, dass man im Anfange immer operiert, wenigstens innerhalb der ersten 36 St., doch kommt in praxi der Chirurg selten dazu; wenn der Chirurg hinzugezogen wird, sind schon die Folgezustände vorhanden, dann müsse man von Fall zu Fall entscheiden, nicht kritiklos operieren; die Operation ist dann nur angezeigt, wenn bedrohliche Erscheinungen auftreten. Bevor der Anfall manifest würde, soll man operieren; solche Patienten haben mehr unbestimmte Symptome. Redner hat einzelne Patienten in diesem Stadium operiert (die sogenannte Colica appendicularis der Amerikaner).

Dr. Hampeln bemerkt zum Vorgetragenen, dass er eine Abführung im Beginn der Erkrankung doch nicht kurzweg abgewiesen sehen möchte. Bei deklarierter Perfor., drohender oder verdächtiger Perf. halte er sie freilich für kontraindiziert, die Ruhigstellung des Darmes für indiziert, im Beginn der Erkrankung aber, ohne diese Merkmale, halte er NB. die einmalige Entleerung des Darmes für wünschenswert. Für den Verlauf und Ablauf keiner einzigen entzündlichen Erkrankung, insbesondere der Abdominalorgane, sei es gleichgiltig, ob der Darm von zersetztem Inhalt erfüllt ist oder nicht. Ist doch der gefüllte Darm oft einzige Ursache des Fiebers, das mit seiner Entleerung schwindet, oder doch erheblich sinkt. Aus diesem Grunde erscheine ihm auch im Beginn einer Appendicitis, die nicht mit Perforationssymptomen einsetze, wie in den Klemm'schen Fällen, eine einmalige Entleerung des Darmes nicht kontraindiziert, sondern wünschenswert, und habe alsdann der üblichen Behandlungsmethode mit Opium resp. der chirurgischen zu weichen.

Allerdings habe der Appendix, wie Kl. mit Recht betont so gut wie nichts mit dem Darminnern zu tun, gerade darum könne die Abführung hier ebenso und aus denselben Gründen indiziert sein, wie bei einer Adnexerkrankung des Uterus, wo noch weniger Beziehungen zum Darme vorliegen. Andrerseits meine er, auch wegen der rel. Unabhängigkeit des Appendix, dass die Gefahr der Abführung bei seiner Erkrankung überschätzt und übertrieben worden. Kasuistische Belege für diese Gefahr seien ihm nicht bekannt, sie scheint ihm mehr theoretisch deduziert zu werden. Der Mechanismus der Darmentleerung gefährde den Appendix nicht, sofern die üblichen Laxantien, bei denen die Bauchpressung nicht erhöht wird, in Anwendung kommen. Darin liege eben die Sache beim Appendix, zum Unterschied z. B. vom typhösen Darmgeschwüre, günstig. Das Geschwür ist eben wie der Inhalt des Darmes dem Innendrucke direkt ausgesetzt, daher eine Steigerung des Druckes hier, wie das bei der Abführung geschieht, kontraindiziert ist.

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann meint, die Sonnenburg'sche Methode, eine Kongruenz zwischen klinischem Bilde und anatomischem Bilde herzustellen, sei jedenfalls falsch; man kann eben nicht wissen, wie der Wurmfortsatz aussieht; sind schon Verwachsungen da, so bestehen keine günstigen Chancen für die Operation, in diesem Stadium soll man lieber warten.

Dr. O. Klemm: Die Frage, besteht in spez. Fall eine Appendicitis oder nicht, ist besonders bei Kindern oft sehr schwer. Die Intoxikationserscheinungen, welche durch Obstipation hervorgerufen, müssen beseitigt werden; die Diagnose ist eben anfangs unmöglich.

Dr. P. Klemm spricht sich gegen Dr. Hampeln aus; wenn der Verdacht auf Perityphlitis überhaupt vorliegt, ist das Abführmittel zu perhorreszieren; durch die lebhafte Bewegung des Darmes kann eine Perforation beschleunigt werden; auch Verklebungen des Darmes können dadurch losgelöst werden. Der Vorteil einer Stuhlentleerung ist deswegen zu klein gegenüber den Nachteilen. — Dr. Voss gegenüber in bezug auf das Ueberhandnehmen der Perityphlitis möchte er bemerken: vor dem ersten Auftreten der Influenza 1889 waren die eitrigen Erkrankungen viel seltener als jetzt; wenn man die Perityphlitis damit in Zusammenhang bringt, so ist darin vielleicht die Erklärung für die Vermehrung der Perityphlitisfälle gegeben. Es kann nicht nur an der äusseren Diagnose liegen.

Dr. Woloschinsky stimmt damit überein, dass bei zweifelhaften Fällen kein Abführmittel gegeben werden soll; er glaubt nicht, dass der überfüllte Darm hier so wichtig sei. Bei der Ruhigstellung des Darms auf mehrere Tage sehe man doch fast täglich, dass trotz der Darmüberfüllung alle Symptome besser würden. — Israel ist dafür, dass die Operation

Digitized by Google

in den ersten 24 Stunden ausgeführt werde, dann ist die Prognose gut; nach den ersten 24 Stunden soll man nur dann eingreifen, wenn bedrohliche Symptome vorhanden, sonst soll man warten.

Dr. v. Bergmann ist der Ansicht, dass man sich nicht so genau an die Stundenzahl halten kann; man soll so früh als möglich operieren; bei mittelschweren Fällen am 3. oder 4. Tage soll man überhaupt nicht operieren, sondern lieber warten.

Dr. Woloschinsky giebt noch einmal dem Ausdruck, dass das Berliner Resumé so lautete: nur in den ersten 24 Stunden darf operiert werden; später nur bei bedrohlichen Erscheinungen.

Dr. P. Klemm hält es Woloschinsky gegenüber für unnütz, diese Frage in chirurgischen Kreisen zu diskutieren; bei der angegebenen Stundenzahl handelt es sich doch nur um Grenzwerte; der Organismus reagiere ja auch ganz verschieden.

Dr. Dietrich spricht sich endlich auch strikt gegen ein Abführmittel aus, wenn überhaupt Druckpunkte in der Ileocoecalgegend vorhanden.

Die Erscheinungen sind immer viel schwerer, wenn vorher Abführmittel gegeben sind. Bei der Ruhigstellung des Darmes ist die Prognose immer viel besser; Redner hat sehr viele Fälle so behandelt und dabei immer gute Resultate gehabt. In anfangs unklaren Fällen kann man oft einen verdickten Wurmfortsatz nach der Opiumbehandlung fühlen; das spricht auch dafür, dass die Ruhigstellung des Darmes nötig sei.

P. I der Tagesordnung: Es demonstriert Dr. A. Schabert nun einen Fall von Nephritis acuta.

Der Vortragende legt 2 Praeparate acuter Nephritis vor, die sich durch ihre excessive Grösse auszeichnen. Rechnet man das normale Gewicht beider Nieren zu 300 gramm, so beträgt dasselbe im ersten Fall 940 im zweiten 1010 gramm. Beim Vergleich der sonst üblichen Messungsmethode zur Bestimmung der Grössenzunahme ergiebt sich die auffällige Ueberlegenheit der Wägung, die erst die richtige Vorstellung von der Volumzunahme schaffe.

Zweitens sei an den vorliegenden Praeparaten die Aetiologie von Interesse. Im I. Fall war die Grundkrankheit Tuberkulose der Lungen, im II. Fall war einem terminalen Scharlach eine länger dauernde Sepsis (in kryptogen. Form) vorausgegangen. Das makroskopische wie mikroskopische Verhalten beider Nieren repraesentieren die bekannte Form der acuten resp. subac. haemorrhagischen Nephritis, wie sie Weigert in allen Einzelheiten, die hier zutreffen, beschreibt. Dieser Umstand lässt in den vorliegenden Fällen mit grosser Bestimmtheit den Schluss ziehen, dass weder in dem einen noch in dem anderen Fall die Nephritis mit den spezifischen Infektionen zusammenhängt, sondern dass beide von einer, auch bakteriologisch nachgewiesenen, Streptomykose abhängen. Die haematogene, haemorrhagische diffuse Nephritis gehöre nicht zu den Wirkungen des tuberkul. Virus, und ob sie in reinen Scharlachfällen vorkomme, sei noch zweifelhaft resp. schwer zu entscheiden. Sicher sei, dass sie am häufigsten die grosse Gruppe der septischen Infektionen begleite (kryptogen. Septicaemie, Endokarditis, puerperale Sepsis, den sogen. ac. Gelenkrheumatismus u. s. w.) und dass ihr Vorkommen daher bei einer erfahrungsgemäss sich nicht mit ihr komplizierenden Erkrankung, wie z. B. die Tuberkulose, sofort die Frage einer Sekundär- oder Mischinfektion aufwerfen lasse. Unter Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes seien erst manche, sich widersprechende Angaben über die einzelnen Nephritisformen in der Literatur verständlich.

(Autoreferat).

In der Diskussion meint Dr. Voss, dass die klinische Erfahrung am Sektionstisch gegen die Ausführungen des Dr. Schabert spreche; weder im klinischen Bilde der chirurgischen septischen Erkrankung noch auf dem Sektionstisch findet sich die haemorrhag. Nephritis in hervorstechend häufigem Grade, auch nicht bei den septischen Ohrenerkrankungen (Sinusthrombose und Pyämie ex otitide); bei der letzteren (ca. 50 Fälle) habe er nie haemorrhagische Nephritis beobachtet.

Anders beim Scharlach, hier sei die acute haemorrhag. Nephritis eine häufige Komplikation, doch will Schabert ja dieser eine Sonderstellung geben.

Dr. Hampeln stimmt mit Dr. Schabert überein, wenn derselbe den Erkältungsbegriff speziell für die Aetiologie der Nephritis eliminieren will; Dr. Schabert wendet in seinen Deduktionen das Exklusionsverfahren an, meint nach diesem, dass die septische Infektion in diesen Fällen schuld sei, — welche septische Inf. jedoch, das muss die bakteriologische Untersuchung der Zukunft ergeben.

In einzelnen Fällen könnte es sich auch um Autointoxikation handeln. Lüning vertrete in seiner Arbeit über Nephritis auch die Anschauung, dass in allen unbekannten Fällen von Nephritis die Sepsis wohl die Hauptrolle spiele.

d. z. Sekretär: Dr. Th. Schwartz.

Dr. med. Karl Horn †.

Am 2. September 1905 verschied Dr. med. Karl Horn. Er war ein Jünger der Alma mater Dorpatensis, die er mit allen Fiebern seines treuen baltischen Herzens liebte und der er noch in seinen letzten Lebenstagen gedachte.

Mit ihm ist eine kraftvolle, scharf markierte Persönlichkeit dahingegangen, ein Mann von eiserner Willenskraft, der sein Ziel, wenn er es einmal für richtig erkannt, trotz aller Hindernisse unentwegt verfolgte. Er war ein aufopferungsvoller Freund und Arzt, der mit seinen Kranken litt und fühlte, ein rauher Streiter, der scharf ins Zeug ging und kein Blatt vor den Mund nahm, wenn es galt seine Meinung zu verteidigen, womit er häufig Anstoss erregte, ein unerbittlicher Feind, der keine Rücksicht, keine Kompromisse kannte, wenn er auf bösen Willen oder Unredlichkeit stiess, was ja niemandem erspart bleibt, der, wie H., mit Unternehmungen in grossem Massstabe zu tun hat. Diese fortwährenden Sorgen und Aergernisse namentlich der letzten Zeit wurden mit ein Grund des schlimmen Ausganges, den seine Krankheit (eine Angiocholitis) nahm.

Er hatte schon zu Beginn derselben ein «weahened heart», das seiner Aufgabe nicht gewachsen war.

Der Anfang seiner Laufbahn war ein sehr mühsamer und bescheidener. Er trat zunächst als Assistenzarzt für Massage und Elektrotherapie in die Abteilung des s. Z. berühmten Karl Reyher ein, die letzterer im Marienhospital, später im Maximilianhospital leitete. An letzterer Anstalt ist Dr. H. bis zum letzten Augenblick geblieben und zwar in der Stellung eines Konsultanten.

Später gründete er eine eigene kleine Anstalt für Orthopädie und Massage, die er allmählig zu einer chirurgisch-orthopädischen Anstalt mit einer Klinik erweiterte, mit den neuesten Apparaten etc. versah, so dass sie bald zu einer Musteranstalt für ganz Russland wurde, welche die durchreisenden Aerzte in Augenschein nahmen und welche der damalige Chef der mil.-med. Akademie Paschutin zu Lehrzwecken verwenden zu dürfen nachsuchte.

Aus ihr heraus hat sich das «Klinische Institut für chirurgische Orthopädie» entwickelt, welches jetzt eben vollendet ist und in allernächster Zeit unter H.'s Leitung eröffnet werden sollte.

Interessant ist die Geschichte der Entstehung dieses Instituts.

H. hatte mehrfach das Glück, Ihre Majestät die Kaiserin Alexandra Feodorowna zu behandeln. Dieselbe gewann Interesse an seiner Tätigkeit, liess sich mehrfach seine Kranken demonstrieren und erwies ihm die Gnade eines huldvollen Besuches seiner Anstalt gelegentlich ihrer Einweihung in dem neuen Lokal an der Fontanka, wobei Ihre Majestät in huldvollen Worten Ihrem Wunsche, das Unternehmen möge blühen und gedeihen, Ausdruck gab.

Bald darauf beauftragte Ihre Majestät Dr. H., seine Ideen und Pläne darzulegen, wie sich eine solche Anstalt in grossem Massstabe ausführen liesse, als staatliches Institut etwa, bestimmt zur Aufnahme bemittelter und unbemittelter Kranken, die in den übrigen Hospitälern keine genügende Beachtung und Hilfe fanden, — ein Auftrag, der ihm ganz unerwartet kam und ihn höchlichst erfreute. Seine diesbezüglichen Projekte erwarben ihm die volle Zufriedenheit seiner hohen Protektorin und einige Monate später ward ihm die Nachricht, Seine Majestät hätten bereits den Befehl gegeben zum Bau einer solchen Anstalt zu schreiten, entsprechend seinen Plänen, wobei er der Leiter derselben sein sollte.

H. ging ganz in seiner Wissenschaft und ärztlichen Tätigkeit auf; nur äusserst selten widmete er sich der Geselligkeit. Eine Ausnahme machte er mit der Stiftungsfeier der Dorpater Universität, die er regelmässig besuchte. Eine Erholung gönnte er sich nie. Selbst die paar Wochen, die er zu Studienreisen ins Ausland benutzte, nach Würzburg zu Hoffa oder nach Hamburg in's Eppendorfer Spital, wur-

Digitized by Google

den nur zur Arbeit und zur Vervollkommnung in seinem Spezialfache verwandt.

Was er an neuen Methoden oder Apparaten vorfand und was ihm gut erschien, führte er sofort in seiner Privatklinik ein und behandelte damit seine Kranken, ohne Rücksicht der Person. Er machte Röntgen-Aufnahmen und Operationen und wandte kostbare Apparate an, einerlei, ob er dafür Zahlung erwarten konnte oder nicht, und immer lagen bei ihm mehrere Patienten, die er monatelang umsonst verpflegte und auch später monatelang in seiner Ambulanz ebenfalls umsonst noch behandelte, von dem einen Wunsche beseelt, sie von ihren Gebrechen zu befreien.

Natürlich hatte er in materieller Beziehung keinen Gewinn zu verzeichnen, sondern nur Opfer, die er aber gern brachte, weil er seine Wissenschaft in einer ans Fanatische grenzenden Weise liebte.

Mit besonderem Interesse befasste er sich mit der Klumpfussfrage, wobei er der Behandlung nach Lorenz den Vorzug gab, ferner mit den angeborenen Hüftgelenkluxationen, bei denen er ebenfalls sehr gute Resultate zu verzeichnen hatte, namentlich bei der unblutigen Einrenkung. In den letzten Jahren machte er sich mit demselben Feuereifer, der seine ganze Tätigkeit charakterisierte, an die Sehnenplastik und er war in Russland der erste unter den Chirurgen, der diese Operation, und zwar mit vorzüglichem Erfolge, ausgeführt hat.

Die Resultate seiner Studien und Erfahrungen hat er in 3 Arbeiten veröffentlicht, die in den «Berichten über die Tätigkeit der Allrussischen Kongresse zum Andenken an Pirogow» niedergelegt sind. Sie lauten: «Ueber die Luxatio coxae congenita», «Ueber die Behandlung des Klumpfusses» und «Ueber die Sehnentransplantation».

Natürlich hat er sich auch mit der Behandlung der Spondylitis nach Callot befasst, jedoch von vornherein sich sehr reserviert ihr gegenüber verhalten, Schaden für seine Kranken befürchtend. Er hat seine Kranken häufig in verschiedenen med. Gesellschaften und auf chirurgischen und anderen Kongressen demonstriert, so u. a. in Moskau im Jahre 1903, wohin er mit 6 oder 7 seiner Patienten nebst entsprechendem Krankenpflegerpersonal kam und dort 1 Woche lang lebte, natürlich die Ausgaben aus eigener Tasche bestreitend.

Für diese Bemühungen um Popularisierung der neuesten Methoden zur Behandlung der Stiefkinder der Medizin, der Krüppel und Lahmen, zwecks Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit, wussten ihm besondern Dank die Landschaftsärzte, die bei solchen Gelegenheiten manches von ihm lernten, was sie später zu Hause anwenden konnten.

Horn[1]) starb im besten Mannesalter, 54 J. alt. Sein Leben war Kampf und Arbeit. Süss sei ihm die ewige Ruhe.

R. P.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 11./24. September beging der ausgezeichnete Pathologe, Prof. emer. Dr. Ernst Neumann in Königsberg, sein 50-jähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 72. Lebensjahre steht, habilitierte sich 1859 als Privatdozent für pathologische Anatomie an der Königsberger Universität und hat seit der Zeit seine Lehrkraft dieser Hochschule gewidmet, seit 1866 als Extraordinarius und seit 1869 als Ordinarius und Direktor des pathologischen Instituts, bis er vor zwei Jahren von seinen amtlichen Pflichten entbunden wurde.

— Der Nestor der russischen Pharmazeuten, der Professor emer. der Pharmazie an der militär-medizinischen Akademie, Julius Trapp, vollendete am 8. September sein 90. Lebensjahr.

— Für die Zeit der Abwesenheit des beurlaubten Präsidenten des Exekutivkomitees des Roten Kreuzes, Fürsten Obolenski, ist der Obermedizinalinspektor Dr. W. v. Anrep mit dem Vorsitz im Komitee betraut worden.

— Wie die Tagesblätter zu berichten wissen, tritt der Ober-Militär-Medizinalinspektor Dr. Speranski von seinem Posten zurück.

— Vor kurzem feierte der bekannte Professor der pathologischen Anatomie und allg. Pathologie an der Universität Halle, Dr. Karl Eberth, seinen 70. Geburtstag. Eberth wirkt seit vier Jahrzehnten als akademischer Lehrer, anfangs in Zürich und seit 1881 in Halle.

— Der Direktor der Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten an der Königsberger Universität, Prof. extraord. Dr. Emil Berthold, giebt wegen vorgerückten Alters seine akademische Lehrtätigkeit, die er fast 40 Jahre in Königsberg ausgeübt hat, auf.

— Verstorben: 1) Am 8./21. September in Berlin der frühere Arzt des deutschen Konsulats in St. Petersburg, Staatsrat Dr. Franz Massmann, im 76. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war beim Ausbruch des Krimkrieges als junger Arzt von Deutschland nach Russland gekommen, um sich an der Hülfeleistung bei den verwundeten und kranken Kriegern zu beteiligen. Nach dem Friedensschluss liess er sich in Petersburg nieder, wo er bald eine ausgebreitete Praxis sich erwarb. Neben seiner Privatpraxis bekleidete er den Posten eines Akkoucheurs in einem städtischen Gebärasyl und war später auch Arzt des deutschen Konsulats, bis er 1886 in die Heimat übersiedelte, wo er anfangs in Liegnitz, dann in Berlin lebte. In Petersburg ist der Verstorbene in gutem Andenken geblieben, namentlich unter seinen deutschen Landsleuten, für deren Interessen er stets ein warmes Herz hatte. So hat er sich auch an dem von den hiesigen Angehörigen des Deutschen Reichs gestifteten Alexanderhospital für Männer als Mitgründer und dann mehrere Jahre als Mitglied des Kuratoriums dieser Anstalt in hervorragender Weise beteiligt. 2) Im fernen Osten der vor etwa Jahresfrist auf den Kriegsschauplatz beorderte Dr. Johann Juchkamson am Typhus im 40. Lebensjahre. Der Verstorbene war im Fellinschen Kreise als Sohn eines Grundbesitzers geboren und hatte seine Schulbildung in Fellin und im Dorpatschen Gymnasium erhalten, worauf er sich von 1890 -95 dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität widmete. Nach Erlangung des Arztgrades bildete er sich weiter im klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna und in der Augenheilanstalt in St. Petersb. aus, um sich dann 1898 als praktischer Arzt in Fellin dauernd niederzulassen. Seit 1903 fungierte er auch als Gefängnissarzt daselbst. Er hinterlässt in Fellin seine Frau mit einem Kinde. 3) In Chersu (Mandschurei) im dort stationierten Eugenie-Hospital der Reservearzt Dr. Sigismund Rosenberg im 35. Lebensjahre, ebenfalls am Typhus. Zu Riga als Sohn eines Kaufmanns geboren, besuchte er das dortige Stadtgymnasium, um dann von 1893—98 in Dorpat (Jurjew) Medizin zu studieren. Nach Erlangung der Venia practicandi begann er seine ärztliche Tätigkeit in seiner Vaterstadt, wurde aber im Mai vorigen Jahres als Reservearzt auf den ostasiatischen Kriegsschauplatz einberufen, von wo seine Frau, seine Eltern und Geschwister seine Rückkehr bereits in der nächsten Zeit erwarteten. 4) In Ust-Ishora (bei Petersb.) der Landschaftsarzt Leonid Woinow im Alter von 52 Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 1878 als Arzt tätig gewesen ist, war auch Ehrenmitglied des Kuratoriums eines Armenhauses in Oranienbaum. 5) Am 3. September zu Moskau der dortige populäre Kinderarzt Dr. Demetrius Glagolew nach längerer Krankheit im 63. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war bekannt als Verfasser einer umfangreichen Arbeit «Auszüge aus ausländischen medizinischen Journalen», die er in den Jahren 1873 und 1874 in dem früheren «Medizinski Westnik» veröffentlichte.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— In der letzten Zeit sind wieder zwei ostseeprovinziale Aerzte — Dr. Sigismund Rosenberg aus Riga und Dr. Johann Juchkamson aus Fellin — welche vor Jahresfrist auf den ostasiatischen Kriegsschauplatz einberufen wurden, in der Blüte der Manneskraft fern von der Heimat ein Opfer des Typhus geworden. Das Nähere finden die Leser in der heutigen Nummer unter den Nekrologen.

— Für Auszeichnung im Kriege mit den Japanern wurden befördert zu Geheimräten: der Ober-Feldmilitär-Medizinalinspektor der Mandschurischen Armeen Dr. Horbazewitsch und der Korpsarzt des 8. Armeekorps Dr. Hoerschelmann.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner wurden Allerhöchst verliehen: Der St. Annenorden I. Klasse — dem Ober-Militärmedizinalinspektor der II. Mandschurischen Armee wirkl. Staatsrat Dr. Wl. Scholkowski. Der St. Stanislausorden I. Klasse mit Schwertern — dem Feld-Mili-

[1]) Dr. Horn ist am 6. September in seiner Vaterstadt Pernau zur ewigen Ruhe bestattet worden. Zahlreiche prachtvolle Kranzspenden waren von der Residenzstadt aus dem grossen Freundes- und Patientenkreise des Verstorbenen zu seiner letzten Ruhestätte nachgesandt worden, darunter ein prachtvoller Rosenkranz von Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna. D. Red.

Digitized by Google

tärmedizinalinspektor der III. Mandschurischen Armee Dr. Jewdokimow und den Korpsärzten Dr. Albin Nessler, Dr. Alex. Rjabinin und Dr. Al. Kriwoschein, Der St. Wladimirorden III. Klasse mit Schwertern — dem Militär-Sanitätsinspektor der Festung Port Arthur, Dr. Nikolai Ssubbotin, dem Korpsarzt des V. sibirischen Armeekorps Dr. Alex. Schischkow und dem Divisionsarzt der 4. ostsibir. Schützendivision Dr. M. Beljawski.

— Infolge des Friedensschlusses stellen viele Hospitäler, Lazarette und fliegende Kolonnen bei der aktiven Armee, im Rücken derselben und im Küstengebiet ihre Tätigkeit ein.

General Linewitsch sandte an die allgemeine Landschaftsorganisation ein Telegramm, worin er mitteilt, dass sämtliche Landschaftsabteilungen am 1. September ihre Tätigkeit einstellten und am 3. September die erste Abteilung nach Russland abreiste. Der General spricht zum Schluss sämtlichen Landschaften seinen und der Mandschurischen Armee herzlichen Dank für die den kranken und verwundeten Kriegern erwiesene Hilfe aus.

Geschlossen ist u. a. auf der Station Stiman auch das Estländische Hospital, während das Livländische auf der Station Echo in diesen Tagen geschlossen werden soll. Die Auflösung des Russisch-Holländischen Feldlazaretts in Taolitschao, das im ersten Kriegsjahr von Dr. C. v. Rennenkampf geleitet wurde, ist ebenso wie die des Evangelischen Lazaretts im Prinzip beschlossen worden und wird wohl in allernächster Zeit stattfinden, da das Gebiet südlich von Charbin, in welchem sich Taolitschao befindet, gemäss den Friedensvereinbarungen in 45 Tagen geräumt werden muss.

Von Universitäten und Kongressen.

— Der langjährige Professor der Hygiene an der Universität Charkow, Dr. Skworzow, ist auf seine Bitte verabschiedet worden.

— Der Prosektor der militär-medizinischen Akademie Dr. Ssusslow ist zum ausserordentlichen Professor des St. Petersb. weiblichen medizinischen Instituts für den Lehrstuhl der operativen Chirurgie ernannt worden.

— Zum deutsch-amerikanischen Professorenaustausch. Prof. von Noorden aus Frankfurt a/Main begibt sich, der «Berl. klin. Wochenschr.» zufolge, Ende dieses Monats nach Amerika, um dort infolge einer Aufforderung der Newyorker Universität einen Zyklus von Vorträgen über Diabetes zu halten; ausserdem wird er eine der offiziellen Reden bei Eröffnung der neuen Harvey Medical Society halten, und zwar über das Thema «Moderne Probleme der Stoffwechsellehre».

— An der militär-medizinischen Akademie haben die Vorlesungen am 12. September wieder begonnen. Die Examina werden im Dezember stattfinden.

— Das Projekt einer Reform der militär-medizinischen Akademie im Sinne einer autonomen Hochschule, mit einem Präsidenten des Konseils an der Spitze, soll vom Kriegsminister im Prinzip gut geheissen sein und demnächst dem Reichsrat zur Prüfung und Begutachtung vorgelegt werden.

— Bei dem weiblichen medizinischen Institut sollen 1400 Aufnahmegesuche eingelaufen sein. Von den 1400 Aspirantinnen haben aber wegen Platzmangels nur 200 Aufnahme finden können.

— Die Verwaltung der Pirogow-Gesellschaft in Moskau hat auf ihrer Sitzung am 7. September beschlossen, den fälligen Pirogowschen Aerztekongress nicht, wie anfänglich beabsichtigt war, aufzuschieben, sondern ihn für die Zeit vom 4.—11. Januar 1906 einzuberufen. In dieser Sitzung wurde auch der Beschluss gefasst, sich mit dem Moskauer landwirtschaftlichen Verein behufs gemeinsamer Hülfeleistung an die hungernde Bevölkerung zu verbinden, jedoch sich an die allgemeine Landschaftsorganisation nicht anzuschliessen.

— Der Kongress der russischen Psychiater, welcher vom 4.—11. September in Kiew unter dem Präsidium des Kiewer Professors Dr. Ssikorski tagte und ca. 130 Mitglieder zählte, hat einen recht unwissenschaftlichen Abschluss gefunden. Wie nämlich die «Russ. Telegraphenagentur» berichtet, war die Schlusssitzung des psychiatrischen Kongresses, die auf 12 Uhr mittags im Kaufmannsklub angesetzt und zu welcher der Eintritt nur gegen Billette gestattet war, von einer politischen Demonstration begleitet. Vor dem Gebäude hatte sich eine Menge von über 2000 Personen angesammelt, bestehend aus Studenten der Universität und des Polytechnikums, Arbeitern, Weibern und verschiedenem Gelichter, zumeist Juden beiderlei Geschlechts, und verlangte Zutritt zu dem Sitzungssaal ohne Eintrittskarten. Als das Kongressbureau einwilligte, drang die Menge in den Saal und begann sogleich die Befreiung gewisser Verhafteten zu fordern, und erklärte, dass sie die Sitzung nicht beginnen lassen werde, bevor die Arretierten befreit worden. Infolge dieses Unfuges erschien der Vizegouverneur mit einem grossen Polizeiaufgebot und Prof. Ssikorski musste den Kongress für geschlossen erklären.

Epidemiologisches.

— Die Cholera breitet sich in Russland weiter aus. Nach offiziellen Daten ist am 10. September in Lodz ein neuer Todesfall an der Cholera konstatiert worden. Im Gouvernement Lomsha sind bis zum 11. September 21 Choleraerkrankungen beobachtet worden, wovon 11 mit dem Tode endeten. Darunter sind in Lomsha selbst 5 Erkrankungen und ein Todesfall vorgekommen, im Ostrolenkaschen Kreise vier Erkrankungen mit drei Todesfällen, in Tykoczin (im Masowetzkischen Kreise) 8 Erkrankungen mit 4 Todesfällen und im Lomshaschen Kreise 4 Erkrankungen mit drei Todesfällen. Im ganzen sind seit dem Beginn dieses Monats in den Grenzen des Reiches 27 Choleraerkrankungen mit 17 Todesfällen konstatiert worden, und zwar:

in Wloclawek (Gouv. Warschau)	3 Erkrank.	mit	3	Todesfällen
» Lodz (Gouv. Petrikau)	3	»	» 3	»
» Gouv. Lomsha	21	»	» 11	»

— Im preussischen Staate behauptet sich die Cholera wider Erwarten hartnäckiger, als man bei den ersten Anzeichen einer Abnahme der Seuche annahm. In Berlin ist es bis jetzt bei dem einen Falle, der an einem Schiffer auf der Spree konstatiert wurde, geblieben.

Die Gesamtzahl der Cholerafälle in Preussen betrug bis zum 10./23. September 243 Erkrankungen, von denen 81 letal endigten.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der freipraktizierende Arzt Dr. H. Simonson hat in Riga eine Lichtheilanstalt eröffnet.

— Eine neue Apothekerordnung soll als Projekt auf Anordnung des Ministers des Innern der Petersburger Gouvernements-Landschaft zur Begutachtung vorgelegt sein. Wie das hiesige Blatt «Slowo» mitteilt, bestehen die Hauptpunkte des Projektes in folgendem:

Es soll für die Komunalverwaltungen das Recht erwirkt werden, abgesehen von den mit den Hospitälern verbundenen Apotheken, von sich aus, ohne Genehmigung des Ministers des Innern, private Apotheken einzurichten. Die Vorschriften für die Einrichtung der Apotheken sollen vereinfacht werden. Bei der Aufstellung der neuen Taxe sollen, ausser den bisherigen zwei Vertretern der Apothekenbesitzer, auch Repräsentaten der Kommunen und Provisoren hinzugezogen werden. Das wirtschaftliche Niveau und das der Allgemeinbildung der Pharmazeuten ist zu heben. Auf administrativem Wege sollen die Pharmazeuten keiner höheren Pön als 50 Rubel unterzogen werden und eventuell dagegen die Hilfe des Gerichts in Anspruch nehmen dürfen. Die Bedingungen für den Import patentierter Medikamente sind zu vereinfachen.

— Nochmals der 8 Millionen-Preis. Ein Mitglied der brasilianischen Deputiertenkammer hat vor einiger Zeit, wie wir berichteten, den Vorschlag gemacht, dass für die Entdeckung eines sicheren Verfahrens zur Ausrottung der Schwindsucht ein Preis von 8 Millionen Mark ausgesetzt werden sollte. Wie das «British Medical Journal» jetzt mitteilt, ist dieser Vorschlag vom brasilianischen Parlament angenommen worden, aber man hat ihm vernünftigerweise eine weitere Ausdehnung gegeben. Danach soll der erwähnte Preis demjenigen, gleichviel ob er ein Brasilianer oder ein Ausländer wäre, zuerkannt werden, der ein sicheres Mittel zur Verhütung oder zur Heilung von Tuberkulose, Siphilis oder Krebs entdecken würde. Der brasilianische Minister des Inneren beabsichtigt dem Vernehmen nach die Angelegenheit einem Ausschuss zu überweisen, der aus einem Vertreter der dortigen Nationalakademie für Medizin und vier anderen Mitgliedern verwandter wissenschaftlicher Gesellschaften in Deutschland, England, Frankreich und Italien zusammengesetzt sein soll. Die brasilianische Regierung behält sich vor, die Versammlungen dieses Ausschusses zu leiten.

Bf.

Digitized by Google

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. Sept. d. J. 9641 (45 wen. als in d. Vorw.), darunter 940 Typhus — (42 wen.). 939 Syphilis — (9 wen.), 256 Scharlach — (21 mehr), 158 Diphtherie — (9 mehr), 52 Masern — (4 mehr) und 18 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 28. August bis zum 3. Sept. 1905.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
383	289	672	127	57	122	19	14	29	57	58	62	49	36	29	8	5

2) nach den Todesursachen.

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 40, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 19, Diphtherie 18, Croup 0, Keuchhusten 26, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 3, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 58, Ruhr 9, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 8. Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 80, Totgeborene 45.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 20. Sept. 1905.

Tagesordnung: Albanus: Ueber das Offenbleiben des Ductus Botalli.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 26. Sept. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Ein sehr nützliches Produkt aus Cascara-Sagrada

„CASCARINE LEPRINCE"

$C^{12} H^{10} O^{5}$

Medizinische Akademie 12. Juli 1892.

Akademie d. Wissenschaften 1. April 1893 u. 3. Juli 1899.

Erprobt: bei gewöhnlicher Verstopfung, Leberleiden, als antiseptisches Mittel für die Verdauungsorgane; bei Atonie des Verdauungskanals, Verstopfung bei Schwangeren und mit der Brust Stillenden, und gegen Gallenstein.

Gewöhnliche Dosis in Pillen: 2 Pillen nach dem Essen oder zur Nacht vor dem Schlafengehen.

Haupt-Depot: 62, rue de la Tour, Paris. (32) 12—9.

Depot in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Asterol
Thigenol
Thigenolseife
Sulfosotsirup
Sirolin

Digalen
Haltbare Lösung in Originalflac. von 15 ccm. (1 ccm. Lösung = 0,3 mgr. Digitox. sol. Cloetta).
Anwendung: per os, per rectum, subcutan, intravenös und intramusculär. Keine Cumulativwirkung. Kein Latenzzustand.

Arsylin
Eiweisspräparat.
Enthält Phosphor und Arsen in entgifteter Form.

Thiocol
Guajacolderivat. Antituberkulöse Wirkung experimentell und klinisch festgestellt.
Völlige Löslichkeit, absolute Geruchlosigkeit, gänzliche Reizlosigkeit, grosse Resorbierbarkeit.
Thiocoltabletten 0,5 gr.

Airol
Geruchloser ungiftiger Ersatz des Jodoforms.

Aneson
Protylin
Brom-Protylin
Eisen-Protylin
pulv. & tabl.

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Kissingen **Dr. C. Dapper's * Sanatorium ***

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle), Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankeiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.

Aerzte: Dr. C. Dapper (Besitzer). — Dr. F. Dengler. (60) 14—12.

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria mit ihren Folgezuständen, Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—15.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe. Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

INSTITUT

für

POCKEN-IMPFUNGEN

von Dr. Ochs.

(Existiert seit 1890.)

St. Petersburg.

Fläschchen Kalbs-Pocken zu 25 u. 50 Kop.

Bei Bestellungen unter einem Rbl. 15 Kop. für Versendung.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin-Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Hôtel und Pension Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (63) 18—8.

Bad Wildungen.

(Deutschland)

Privatklinik für Harnkranke.

Dr. Rörig II (Reinhard).

Dr. med. E. Blessig

wohnt jetzt:

W. O., 4 Linie, 5.

Sprechstunde täglich (ausser Mittwoch u. Sonntag)

v. 4—6 U.

Telephon № 20557.

J. Anderson vorm. E. J. Karow, Universitäts-Buchhandlung, Dorpat.

Soeben erschienen:

Zur Pflege des weiblichen Körpers im Wochenbett

von Dr. med. Joh. Meyer.

Privatdozent.

Preis 40 Kop.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Довв. ценз. Спб., 17 Сентября 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

GENERAL LIBRARY, UNIV. OF MICH. NOV

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 38 St. Petersburg, den 24. September (7. Oktober). **1905.**

Inhalt: Prof. Dr. Adolf Schmidt: Ueber gastrogene Diarrhöen. — **Referate:** L. W. Fagerlund: Der Aussatz in Finnland. — H. Holsti: Ein Fall von Hysterie. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** A. Steffen: Die malignen Geschwülste im Kindesalter. — Karl Meyer: Die klinische Bedeutung der Eosinophilie. — Dr. R. Weissmann: Die Hetol-(Zimmtsäure-) Behandlung der Lungenschwindsucht, ihre Begründung durch Prof. Dr. Landerer und ihre bisherigen Erfolge. — Ebstein und Schwalbe: Handbuch der praktischen Medizin. — **Protokolle des Vereins St. Peterburger Aerzte.** — **Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.** — **Protokolle des XVII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. Aug. 1905.** — **Tagesnachrichten.** — **Anzeigen.**

Ueber gastrogene Diarrhöen.

Von

Prof. Dr. Adolf Schmidt — Dresden.

Die grossen Fortschritte der Verdauungsphysiologie, die wir Pawlow und seinen Schülern verdanken, sind der Pathologie des Darmes bisher in viel geringerem Masse zugute gekommen als der Pathologie des Magens, die es unzweifelhaft in den letzten Jahren zu einem hohen Grade von Exaktheit gebracht hat. Die Ursache dessen liegt zum nicht geringen Teile daran, dass wir bis vor kurzem noch nicht im Besitze von klinischen Methoden waren, welche es gestatten, nach Analogie der Mageninhaltsuntersuchung im Anschluss an Probefrühstück oder Probemahlzeit einen Einblick in die verschiedenen Funktionen der Darmarbeit, der Sekretion, Motilität und Resorption zu tun. Meine eigenen Bemühungen, diese Lücke auszufüllen, haben mich dahin geführt, alle Störungen der Darmtätigkeit systematisch mittels der von mir angegebenen Probediät zu untersuchen und ich habe dadurch über die Ursache mancher bisher völlig unklarer Formen von Diarrhöen bis zu dem Grade Aufklärung erhalten, dass es möglich war, sie therapeutisch erfolgreich zu beeinflussen [1].

Eine solche Gruppe bilden die durch primäre Störungen der Magentätigkeit ausgelösten Erkrankungszustände des Darmes, die sich in der Regel in periodisch wiederkehrenden, oft auch ununterbrochen sich über viele Jahre erstreckenden Durchfällen äussern und die deshalb zweckmässig als gastrogene Diarrhöen bezeichnet werden. Nachdem zuerst von Einhorn und Oppler darauf hingewiesen worden war, dass subacide resp. achylische Zustände des Magens nicht selten Diarrhöen im Gefolge haben, haben zahlreiche Forscher diesen Zusammenhang bestätigt und Schütz konnte zeigen, dass auch bei atonischen Zuständen des Magens ohne wesentliche Veränderung der Säureabscheidung langdauernde, ja lebensgefährliche Durchfälle vorkommen. Nach meinen persönlichen Erfahrungen sind die gastrogenen Diarrhöen so häufig, dass sie die grosse Mehrzahl aller derjenigen Durchfallerkrankungen bilden, welche nach Abzug der infektiösen und katarrhalischen Affektionen des Darmes übrig bleiben, also speziell der funktionellen und «nervösen» Diarrhöen. Ich will damit nicht das Vorkommen selbstständiger, auf rein nervöser Basis entstehender Durchfälle ganz leugnen, kann aber nicht unterlassen darauf hinzuweisen, dass bei sorgfältiger Untersuchung mittelst der Probediät und des Magenschlauches sich eine grosse Anzahl der unter der Flagge «nervöse Diarrhöe» segelnden Darmaffektionen in sekundäre resp. symptomatische, vom Magen, Pankreas oder auch von organischen Erkrankungen des Darmes selbst (latente Geschwüre, hochsitzende Katarrhe) ausgehende Störungen auflösen. Ich gehe aber noch weiter und werfe auch bei unzweifelhaft katarrhalischen Diarrhöen, also bei sicher gestelltem Abgange von Schleim mit dem Stuhl, wenn das Krankheitsbild nicht ganz durchsichtig ist, die Frage auf, ob nicht der Magen als Ursache in Betracht kommt? Das trifft sicher für nicht wenige, chronisch verlaufende Fälle zu.

Das Krankheitsbild der gastrogenen Diarrhöen ist also keineswegs ein einheitliches, in sich abgerundetes. Neben den zahlreichen akuten, an mehr oder minder erhebliche Diätfehler sich anschliessenden Diarrhöen, die, sofern sie nicht toxischen oder infektiösen Ursprungs sind, doch auch hierher gehören, finden wir periodisch, oft ohne erkennbare Ursache, wiederkehrende Durchfälle, wobei der Stuhlgang bei oberflächlicher Betrachtung ausser dünnbreiiger oder flüssiger Konsistenz nichts Krankhaftes aufweist, ferner länger dauernde Zustände mit stark faulenden oder auch

[1]) Eine ausführliche Darstellung meiner Methoden findet sich in der Schrift: «Die Funktionsprüfung des Darmes mittels der Probekost, ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis und ihre diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse». In's Russische übersetzt von Dr. M. R. Breitmann. St. Petersburg 1905.

Digitized by Google

mit gährenden Stühlen («Gährungsdyspepsie»), Fettdiarrhöen, katarrhalische Formen mit Abgang grösserer und kleinerer Fetzen von Schleim u. s. w. Die subjektiven Beschwerden der Kranken sind sehr wechselnd, bald sind sie so gering, dass die Patienten sich schon daran gewöhnt haben ihr Leiden zu ignorieren, bald wird über Völle, Kollern im Leib, Blähungen, bald über kolikartige Schmerzen geklagt. Die konsekutive Störung der Ernährung kann erheblich sein oder auch ganz ausbleiben. Objektiv findet sich das Abdomen gelegentlich aufgetrieben und etwas druckempfindlich, sehr häufig ist aber der Befund ein völlig negativer. Von der grössten Bedeutung ist, dass der Magen, von dem doch das Leiden ausgeht, oft gar keine Krankheitszeichen, weder subjektiver noch objektiver Art, darbietet: Die Kranken versichern ausdrücklich, dass ihr Magen durchaus gesund sei und alles vertrage, der wunde Punkt sei nur der Darm, und die Mageninhaltsprüfung bestätigt das auch. Das ist der Hauptgrund, weshalb die wahre Natur des Leidens leicht verkannt wird. Wo Appetitstörungen, Magenschmerzen, Erbrechen etc. da sind, ist die Diagnose einfach, aber diese Symptome können, wenn sie anfangs vorhanden waren, später schwinden, die primäre Magenstörung kann vollständig ausgeglichen werden, während das sekundäre Darmleiden bleibt und einen selbständigen Charakter annimmt. Häufiger freilich bleibt die Magenstörung nur latent, sie macht keine subjektiven Beschwerden und wird deshalb von dem Patienten und von dem Arzte übersehen. Erst wenn aus irgend einem Grunde eine Probeausheberung gemacht wird, klärt sich der Zusammenhang auf.

Welche Mittel haben wir nun, um in einem gegebenen Falle von Diarrhöen unklaren Ursprungs zu erkennen, ob sie gastrogener Natur sind? Da es nicht immer möglich ist, sofort mit einer Untersuchung des Mageninhaltes zu beginnen und da dieselbe, wie bereits erwähnt, keineswegs immer positive Anhaltspunkte bietet, so beginne ich mit der Untersuchung des Stuhlgangs.

Es braucht nicht verschwiegen zu werden, dass die Faeces-Untersuchungen in der Praxis viel an Genauigkeit zu wünschen übrig lassen. Zu den äusserlichen Schwierigkeiten gesellen sich hier innerliche, deren erheblichste darin besteht, dass bei freigewählter Kost die Zusammensetzung des Kotes, seine physikalischen, mikroskopischen und chemischen Eigenschaften, innerhalb weiter Grenzen schwanken, sodass es selbst für geübte Untersucher schwer ist zu sagen, wo hört die normale Kotbeschaffenheit auf und wo fängt die pathologische an? Um nur 2 Beispiele herauszugreifen, so kann das Wiedererscheinen makroskopisch erkennbarer Reste von Fleisch bei reichlichem Genusse von rohem Schinken noch in den Bereich des Normalen gehören, ebenso Kotgährung nach Einnahme eines mittleren Quantums von Kartoffeln, während auf der anderen Seite selbst ein tadellos geformter, makroskopisch durchaus normal aussehender Kot nach blander Kost bei genauerer Analyse sichere Zeichen einer gestörten Darmfunktion aufweisen kann. Deshalb bietet eine Faeces-Untersuchung, zumal wenn es sich um feinere Störungen der Darmtätigkeit handelt, nur dann diagnostischen Nutzen, wenn der Stuhlgang von einer einheitlich zusammengesetzen Kost stammt und seine Zusammensetzung unter physiologishen Bedingungen genau bekannt ist. Das ist der Fall bei der von Strasburger und mir ausgearbeiteten Probediät [2]), ohne die auf meiner Abteilung und in meiner Praxis jetzt **keine** Kotuntersuchung mehr vorgenommen wird.

Von den aus der Analyse des Probediätstuhles sich ergebenden diagnostischen Regeln ist eine der wichtigsten und für unsere Frage entscheidend die folgende: **Finden sich nach dem völligen Verreiben einer Stuhlgangsprobe (mit Wasser im Mörser) mit blossem Auge erkennbare Bindegewebsfetzen darin vor, so handelt es sich um eine Störung der Magenarbeit.** Dieser Satz wird dadurch bewiesen, dass, wie ich gezeigt habe, rohes Bindegewebe nur durch die Magenverdauung, nicht aber durch die Pankreas- oder Darmverdauung gelöst wird. Unter normalen Verhältnissen gelangt von dem in der Probediät enthaltenen Bindegewebsquantum (aus dem Inneren des Rindfleischklosses, der deshalb nur äusserlich angebraten sein darf) nichts in die Faeces, wohl aber ist das der Fall bei allen möglichen Störungen der Magenfunktionen. In erster Linie handelt es sich dabei um Alterationen der Saftabscheidung, speziell um Subacidität und Achylie, die das grösste Kontingent der gastrogenen Diarrhöen stellen; aber auch bei Hyperacidität und bei Motilitätsstörungen, ohne gleichzeitige Veränderungen des Chemismus, sieht man nicht selten Bindegewebe in den Stuhl übertreten, ja manchmal deckt die Mageninhaltsuntersuchung bei einmaliger Prüfung zunächst überhaupt keine Ursache dafür auf, und erst die fortgesetzte Beobachtung bringt Klarheit. Sicher ist, dass schon geringe Störungen des komplizierten Betriebes der Magenarbeit genügen, um die Lösung des mit der Probediät eingeführten Bindegewebes zu beeinträchtigen, und da dieser Verlust im weiteren Verlaufe der Verdauung nicht wieder ausgeglichen wird, so haben wir in der Untersuchung des Probediätstuhles auf Bindegewebe ein feines Reagens in der Hand, das uns zugleich eine Erklärung schafft für das Zustandekommen der gastrogenen Darmstörungen. Das der Verdauung entgangene Bindegewebe bildet nämlich einen Schlupfwinkel und zugleich eine Brutstätte für Fäulniserreger aller Art, die bei der Passage durch den Darm leicht Reizungs- und Entzündungszustände verursachen können. Das ist ganz besonders dann der Fall, wenn das Bindegewebe nicht (wie in der Probediät) durch Zerhacken oder Zermahlen vom Fleische resp. Fett getrennt ist; es entgeht dann nämlich mit dem Bindegewebe zugleich das von demselben eingeschlossene Muskel- und Fettgewebe der Magenverdauung und fällt im Darm der Fäulnis anheim. Einen Beweis dafür liefern die in stinkender Zersetzung begriffenen Gewebsfetzen, welche man bei akuten und chronischen Magenerkrankungen aller Art nach dem Genuss von ungenügend zerkleinertem rohem Schinken abgehen sehen kann, und die oft von Laien und Aerzten als Darmhäute angesprochen werden. Ich habe selbst ileusartige Erscheinungen dadurch hervorgerufen werden sehen.

Ein weiteres, aus der Kotanalyse sich ergebendes Moment, welches auf den Magen als die Grundursache des

---

[2]) Unsere Probediät, welche 2—3 Tage genommen werden muss, jedenfalls so lange, bis ein von ihr stammender Stuhlgang produziert wird, ist folgende:

Morgens: 0,5 L. Milch [oder, wenn Milch schlecht vertragen wird, 0,5 L. Cacao (aus 20 g. Cacaopulver, 100 g. Milch und Wasser ad 500 bereitet)], dazu 50 g. Zwieback.

Vormittags: 0,5 L. Haferschleim (aus 40 g. Hafergrütze, 10 g. Butter, 200 g. Milch, 1 Ei und Wasser ad 500 bereitet, durchgeseiht).

Mittags: 125 g. gehacktes Rindfleisch (Lende), mit 20 g. Butter leicht übergebraten, so dass es inwendig noch roh bleibt. Dazu 250 g. Kartoffelbrei (aus 190 g. gekochten und gemahlenen Kartoffeln, 100 g. Milch, 10 g. Butter und Wasser ad 250 bereitet).

Nachmittags: wie morgens.

Abends: wie vormittags.

Digitized by Google

Leidens hinweist, ist das massenhafte Vorkommen solcher Mikroorganismen, welche als Erreger pathologischer Zersetzungsprozesse des Mageninhaltes bekannt und gefürchtet sind. Dahin gehören: Die Hefe, die Sarcine und die bekannten «langen Bazillen», die Urheber der Milchsäuregährung. Nachdem Schütz vor einigen Jahren auf das gleichzeitige Vorkommen der erstgenannten Gährungserreger sowie gewisser Fäulniskeime (Proteus) im Magen und Darm bei Fällen unstillbarer Diarrhöen hingewiesen hat, habe ich diesem Punkte dauernd meine Aufmerksamkeit zugewandt und kann bestätigen, dass man in der Tat nicht selten ein derartiges Zusammentreffen findet, wobei ich speziell die Hefezellen und die langen Milchsäurebazillen im Auge habe. Gelegentlich kommt es vor, dass sie sich nur in dem (meist stark gährenden) Stuhle finden, während der Mageninhalt frei davon ist; dann handelt es sich, wie die weitere Untersuchung zeigt, gewöhnlich um selbstständig gewordene, ursprünglich von einer inzwischen wiederausgeglichenen Störung der Magenarbeit ausgegangene Darmaffektionen. Zur Illustration dieser Verhältnisse verweise ich auf die im Anhange wiedergegebenen Krankengeschichten-exzerpte.

Hier will ich nur noch einmal hervorheben, dass im übrigen der Probediät-Stuhlgang bei gastrogenen Diarrhöen natürlich alle möglichen anderen pathologischen Befunde aufweisen kann: Schleim, makroskopisch erkennbare Fleisch- und Kartoffelreste, Bilirubinfärbung, Fäulnis u. s. w. Charakteristisch für den gastrogenen Ursprung sind aber nur das Wiedererscheinen von Bindegewebe und die genannten Mikroben.

Wenn ich mich jetzt zu dem 2. Merkmale der gastrogenen Diarrhöen wende, den Befunden bei der Magenfunktionsprüfung, so kann ich mich kurz fassen. Wie schon erwähnt, brauchen dieselben nicht unbedingt pathologischer Natur zu sein, da die primäre Störung der Magenarbeit inzwischen ausgeheilt oder nur noch so gering sein kann, dass sie mit unseren gewöhnlichen Methoden nicht mehr zu erkennen ist. In der Regel ergiebt aber die Magenuntersuchung, wenn sie überhaupt vorgenommen wird, — und das sollte man sich bei allen Darmerkrankungen zur Regel machen! — in unseren Fällen irgend eine Abweichung, und zwar in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mangelhafte Saftabscheidung.

Bekanntlich ist die Achylia gastrica auf funktioneller Basis ein ausserordentlich häufiges und weit verbreitetes Uebel, dass auch, wie ich wiederholt beobachten konnte, innerhalb kurzer Zeit sich wieder zurückbilden kann. Ausser dieser vornehmlichsten Ursache sekundärer Darmstörungen begegnen wir gelegentlich Hyperacidität und Hypersekretion, ferner atonischen Zuständen mit oder ohne Zersetzungsvorgänge im Mageninhalt, und es ist klar, dass dann die Diagnose erheblich an Sicherheit gewinnt. Indes auch eine einfache Hypermotilität mit geringer Verminderung der Säureproduktion oder der Befund von mehr als Spuren Milchsäure mit langen Bazillen, von reichlichen Hefezellen bei Hyperacidität kann unter Umständen verwertet werden. Je sorgfältiger untersucht wird, um so häufiger wird man auch aus der Mageninhaltsuntersuchung Anhaltspunkte für den gastrogenen Ursprung vieler Diarrhöen finden.

Den sichersten Beweis dafür, dass bei Beziehungen von Magenstörungen zu Darmleiden oft kleine Ursachen grosse Wirkungen nach sich ziehen, liefern die auffallenden Erfolge einer auf den Magen gerichteten Therapie bei den in Frage stehenden Diarrhöen. Darin erblicke ich das 3., praktisch wichtigste Kennzeichen ihres gastrogenen Ursprungs. Fälle von jahrelang dauernden Durchfällen unklarer Natur, die durch zahlreiche Hände gegangen waren und mit den verschiedensten Methoden erfolglos behandelt worden waren, habe ich wiederholt unter dem Einflusse einer systematischen Magentherapie heilen sehen. Am einfachsten liegt der Fall bei achylischen Zuständen. Hier genügt es oft schon, regelmässig Salzsäure (aber in nicht zu kleinen Dosen) nehmen zu lassen, um die Darmstörung zu beseitigen. Salzsäure in Verbindung mit einem Amarum giebt man zweckmässig auch dort, wo die Mageninhaltsuntersuchung nur unsichere Anhaltspunkte giebt, also bei geringer Hypermotilität, leichteren atonischen Zuständen ohne ausgesprochene Veränderungen des Chemismus. Bei Hyperacidität ist sie selbstverständlich ausgeschlossen. Hier tritt der vorsichtige Gebrauch von Alkalien in Verbindung mit Belladonnapräparaten an ihre Stelle.

Natürlich muss daneben die Diät in sorgfältigster Weise geregelt werden. Es würde mich zu weit führen, hier auf dieses Kapitel näher einzugehen und ich beschränke mich deshalb auf die Betonung zweier Punkte, die speziell für die gastrogenen Diarrhöen von Bedeutung sind. Ich meine die peinlichste Zerkleinerung aller Speisen und die gänzliche Vermeidung rohen resp. geräucherten Fleisches. Die erste dieser Regeln bedarf keiner weiteren Begründung, für die zweite verweise ich auf das oben über das Wiedererscheinen von Bindegewebsresten in den Faeces Gesagte. Das Bindgewebe des rohen, ungenügend gebratenen und geräucherten Fleisches ist einer der häufigsten Vermittler zwischen Magen- und Darmstörungen, darum fort mit diesen Dingen aus der Diätotherapie der Magenleiden!

Wo die Diät und die medikamentöse Therapie allein nicht zum Ziele kommen, kann man physikalische Methoden (Massage, Hydrotherapie, Elektrizität) zu Hülfe nehmen. Viel nützlicher aber und in zweifelhaften Fällen zu empfehlen ist die systematische abendliche Ausspülung des Magens, ev. mit nachfolgender Berieselung durch Salizylwasser oder dünne Höllensteinlösung. Diesem über längere Zeit ausgedehnten Verfahren verdanke ich die besten Erfolge, und zwar nicht nur bei ausgesprochenen Zersetzungsvorgängen des Mageninhaltes, sondern auch bei zahlreichen gastrogenen Diarrhöen mit negativem Magenbefunde. Ich kann deshalb nur raten, bei allen langdauernden Durchfällen wenigstens einen Versuch mit Magenausspülungen zu machen.

Nicht selten wird man überrascht sein von einem kaum noch erwarteten Erfolge.

Die folgenden kurzen Auszüge aus einigen Krankengeschichten mögen die hier besprochenen Verhältnisse illustrieren. Sie betreffen je einen Fall von Kotfäulnis und von Kotgährung bei Achylie, letzterer mit Hefezellen im Stuhle, ferner einen Fall von wahrscheinlich durch Hefe bedingten gastrogenen Diarrhöen bei einem Bäckerlehrling, einen ähnlichen Fall mit langen Bazillen bei wechselndem Magenbefunde und schliesslich eine durch Sektion kontrollierte Beobachtung unstillbarer funktioneller Diarrhöen bei einem latent verlaufenden ulcerierten Magenkarzinom.

1) Fr. J. Arbeiter, 42 Jahre, aufgenommen 23. Februar 1903, entlassen 6. April 1903.

Anamnese: Seit 2 Jahren Abnahme des Appetits, Schmerzen im Magen, gelegentlich Erbrechen. Daran anschliessend Durchfälle, verbunden mit Blähungen. Letztere dauern mit geringen Unterbrechungen bis jetzt fort, während die Magenbeschwerden zurückgegangen sind. Hat 32 Pf. an Gewicht verloren.

Status. Etwas anämisch, Zunge etwas belegt. Brustorgane und Nervensystem ohne Befund. Abdomen etwas aufgetrieben

Digitized by Google

und an verschiedenen Stellen druckempfindlich. Milz und Leber nicht fühlbar, Urin frei.

Mageninhalt nach Probefrühstück (1 St.): sehr wenig, schlecht verdauter Inhalt. Freie HCl—; Gesamtacidität 1,0, Milchsäure —, Pepsin —, Lab schwach.

Stuhlgang nach Probediät: Reaktion alkalisch, makroskopisch erkennbare Bindgewebsfetzen und Schleimflocken; Mikroskopisch: viele Phosphatkrystalle, reichliche Fettschollen. Bei der Brütschrankprobe starke Fäulnis. Chemisch: reichlich Indol.

Unter Gebrauch von strenger Diät und HCl mit Chinatinktur wesentliche Besserung. Patient wird mit normalem Stuhlgange und 7 Pf. Gewichtszunahme entlassen.

2) H. S. Brauer, 43 Jahre, aufgenommen 10. August 1904, entlassen 29. Oktober 1904.

Anamnese: Leidet seit mehreren Wochen an Magenbeschwerden und Durchfällen, ausserdem seit kurzem an Husten.

Status: Kräftiger Mann, etwas Bronchitis, sonst Brustorgane und Nervensystem gesund. Zunge stark belegt, Foetor ex ore, Abdomen ohne Besonderheiten.

Mageninhalt nach Probefrühstück: wenig, schlecht verdauter Inhalt. Freie HCl. —; G. A = 6.

Stuhlgang nach Probediät: flüssig und schlaumig, reagiert stark sauer.

Makroskopisch: kleinste Schleimflocken, wenig Bindegewebsfetzen.

Mikroskopisch: reichliche Kartoffelzellen mit Stärkekörnern gefüllt, zahlreiche Hefezellen und lange, mit Jod sich schwach blaufärbende Bazillen. Bei der Brütschrankprobe: stark saure Gährung.

Unter strenger kohlehydratfreier Diät und reichlicher HCl-Medikation langsame Besserung. Festerwerden des Stuhlgangs, so dass Patient allmählich zu normaler Diät übergehen kann. Mit 12 Pf. Gewichtszunahme entlassen.

3) W. D., Bäckerlehrling, 15 Jahre, aufgenommen 8. Dezember 1804, entlassen 20. Januar 1905.

Anamnese: Seit längerer Zeit Durchfall.

Status: blass, leidlich genährt. Brustorgane und Nervensystem ohne Besonderheiten. Leib etwas aufgetrieben und druckempfindlich. Milz und Leber nicht vergrössert. Urin frei. Magen nicht dilatiert, arbeitet motorisch normal.

Mageninhalt nach Probefrühstück: ca. 60 ccm. Inhalt. Freie HCl = 40; G. A. = 65; keine Milchsäure.

Mikroskopisch: Massenhafte Hefezellen, vereinzelte lange Bazillen.

Stuhlgang nach Probediät: Dünnbreiig, hellgelb, sauer reagierend.

Makroskopisch: Schleimflocken, kein Bindegewebe. Mikroskopisch: zahlreiche Hefezellen und lange Bazillen. Zahlreiche leere Kartoffelzellen. Bei der Brütschrankprobe: stark saure Gährung.

Durch Diät und Tannalbin keine Besserung. Dieselbe tritt erst ein nach regelmässigen abendlichen Magenausspülungen mit Argent. nitricum-Berieselungen.

4) W. S. Schüler, 9 Jahre, aufgenommen 17. Oktober 1904, entlassen 3. Februar 1905.

Anamnese: Seit 7 Wochen Schmerzen im Leibe und Durchfall.

Status: blasser, mässig genährter Junge. Brustorgane und Nervensystem normal; Leib etwas aufgetrieben, doch keine abnormen Resistenzen darin zu fühlen. Urin frei.

Mageninhalt nach Probefrühstück (3/4 St.): ca. 150 grob verdauter Inhalt. Freie HCl—; G. A. = 18;

Milchsäure — (bei späteren Untersuchungen: freie HCl. +; G. A. = 50; freie HCl +, G. A. 15).

Stuhlgang nach Probediät: breiig, schwach alkalisch. Makroskopisch: Bindegewebsreste. Mikroskopisch: reichlich lange Bakterien, zum Teil mit Jod blau färbbar. Reichliche Fettschollen.

Wesentliche Besserung durch China-Salzsäure und Diät.

5) G. H. Arbeiter, 60 Jahre, aufgenommen 4. Februar 1905, † 17. April 1905.

Anamnese: leidet seit ca. 6 Wochen an schweren Diarrhöen, keinerlei Magenerscheinungen.

Status: schlecht genährter Mann. Schlechtes Gebiss. Etwas Versteifung der Wirbelsäule, Brustorgane gesund. Abdomen nicht druckempfindlich, ohne Resistenzen. Urin frei.

Bei wiederholten Versuchen, den Mageninhalt auszuheben, wird nichts vom Probefrüstück zurückerhalten. Kein Aufstossen, kein Erbrechen, keinerlei Magenbeschwerden. Stuhlgang dauernd stark durchfällig. In demselben unverdautes Bindegewebe und Muskelreste, kein Schleim. Mikroskopisch nichts Abnormes, speziell keine langen Bazillen. Weder Gährung noch Fäulnis. Vom Rektum aus nichts Abnormes zu fühlen.

Die Diarrhöen erweisen sich als unstillbar und sind schliesslich von wässriger Beschaffenheit. Patient verfällt zusehends.

Die Sektion ergiebt: ausgedehntes ulceriertes Magenkarzinom in der Gegend der Cardia mit kleinen Metastasen in der Leber. Der gesamte Darm ist vollkommen normal!

Referate.

L. W. Fagerlund: Der Aussatz in Finnland. (Schwedisch) Finska Läk. Handl. 1904.

Am ersten Juli 1893 waren in Finnland 51 Leprakranke bekannt, 1897 schon 67 und 1904 betrug ihre Anzahl 95. Diese Zahlen geben auf 100,000 Einwohner 2,1 — 2,6 — 3,3 Aussätzige.

Die westlichen und zentralen Teile des Landes sind am stärksten von der Krankheit heimgesucht.

In Helsingfors kamen im Jahre 1893—6, im Jahre 1897—8 und jetzt 17 Fälle von Lepra vor. Während aber 1893 alle Leprösen in Helsingfors ihre Krankheit ausserhalb erworben und, mit derselben behaftet, sich in der Stadt niedergelassen hatten, so scheinen von den 17 gegenwärtigen Leprösen 13 ihre Krankheit in Helsingfors acquiriert zu haben.

In bezug auf ihre soziale Stellung gehören sämmtliche Kranken den niedersten und ärmsten Bevölkerungsschichten an.

Seit 1899 besteht ein Leprosorium für 20 Kranke, das aber demnächst auf 50—60 Plätze erweitert werden soll.

Buch.

H. Holsti: Ein Fall von Hysterie. F. Läk. Handl. 1904.

Pat., ein Mann, bot im wesentlichen die Symptome dar, die man bei einer durch Wirbelkaries bedingten Kompression des Rückenmarks anzutreffen pflegt. Starke Druckempfindlichkeit des 6. und 7. Brustwirbels. Der Rücken war steif, so dass der Kranke nicht imstande war, einen Gegenstand vom Boden aufzuheben. Der Gang war schwankend und unsicher, Patellarreflexe stark gesteigert. Verdacht auf Hysterie wegen der Angabe des Pat., dass er bei geschlossenen Augen Halluzinationen habe. In der Klinik verschwinden sämtliche Beschwerden in wenigen Tagen.

Buch.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Steffen: Die malignen Geschwülste im Kindesalter. Stuttgart 1905. Verlag von F. Enke. 276 Seiten.

Mit bekannter Sorgfalt hat A. Steffen in diesem neuen Werke die Kasuistik der bösartigen Geschwülste im Kindesalter gesammelt und aus seiner grossen Erfahrung eine ganze Anzahl lehrreicher Fälle hinzugefügt, die, wo es möglich war, durch die Ergebnisse der Autopsie illustriert werden. Die Kapitel sind nach den Organen, von denen die Geschwülste ausgingen, eingeteilt. In der grossen Mehrzahl der Fälle handelt es sich natürlich um Sarkome, dann Karzinome, Gliome und ihre Mischformen, deren Vorkommen, Sitz und Verlauf, teilweise ausserordentlich genau, namentlich in den komplizierteren Fällen, geschildert wird. Um nur ein Beispiel anzuführen, mit welchem Fleiss Steffen sein Material gesammelt hat, möge erwähnt werden, dass er 53 Fälle von bösartigen Geschwülsten der Muskeln und der Haut zusammenstellen konnte. Jedem Kapitel ist eine Besprechung der Behandlung angeschlossen, die selbstverständlich in einer möglichst schnellen und gründlichen Entfernung der Neubildung bestehen muss, vorausgesetzt, dass überhaupt noch der Allgemeinzustand des Kindes eine Operation zulässt.

Jedem Arzt, nicht nur dem Kinderarzt, sei dieses Buch warm empfohlen.

Weyert.

Digitized by Google

Karl Meyer: Die klinische Bedeutung der Eosinophilie. Von der mediz. Fakult. in Rostok preisgekrönte Schrift. Berlin 1905. Karger. Preis 3 M.

Eine fleissige Zusammenstellung unserer Kenntnisse über Eosinophilie. 414 Literaturangaben. Einige eigene kasuistische Mitteilungen. Eine prognostische Bedeutung hat die Verminderung der eosinophilen Zellen bei manchen Infektionskrankheiten, eine diagnostische die Vermehrung beim Asthma bronch., bei Hautkrankheiten, beim Parasitismus. Wesentlich neue Resultate oder eine klare Deutung des Phänomen's gewinnen wir nicht aus den Ausführungen des Verfassers. Eine ganz einheitliche Erklärung scheint mir auch solange unmöglich, als die chemische Natur der eosinophilen Granula nicht völlig geklärt ist. Es handelt sich doch wohl häufig um chemisch verschiedene Stoffe, die sich nur in ihrem Verhalten zu gewissen Farbstoffen gleichen. Damit ist die Identität ihres chemischen Baues nicht erwiesen.

O. Moritz.

Dr. R. Weissmann: Die Hetol- (Zimmtsäure-) Behandlung der Lungenschwindsucht, ihre Begründung durch Prof. Dr. Landerer und ihre bisherigen Erfolge. München. Verlag der «Aerztlichen Rundschau» (Otto Gmelin). 2. Auflage 1905.

Populär gehaltener Dithyrambus auf die Methode und ihren Autor. Dass die Methode nicht zur allgemeinen Anerkennung gelangt ist, wird der Bequemlichkeit, dem Neid und egoistischen Interessen der Gegner zugeschrieben. Der Zweck des Buches, «der so ausserordentlich wirksamen und segensreichen Hetolbehandlung der Tuberkulose immer mehr Freunde und Anhänger unter Aerzten und Laien zu gewinnen», wird sicherlich nicht erreicht, denn kritikloses Herausstreichen einer Methode kann sie nur diskreditieren.

A. Feldt.

Ebstein und Schwalbe: Handbuch der praktischen Medizin. II. Aufl. I. Band. 1. Hälfte.

Schon bei seiner I. Auflage hat sich das Ebstein-Schwalbe'sche Handbuch einer sehr grossen Anerkennung und Beliebtheit erfreut, auch in ausserdeutschen Ländern, und das ist der beste Beweis dafür, dass es ein Werk ist, welches seinen Zweck, dem praktischen Arzte als Nachschlagewerk zu dienen, voll erfüllt. Bei der neuen Auflage hat der Herausgeber einige Aenderungen im Plan des Werkes vorgenommen: es soll das ganze Handbuch in 4 Bänden vollkommen beendet vorliegen, denen noch ein Supplementband, die Chirurgie des prakt. Arztes, incl. Ophthalmo- und Otologie, enthaltend, angefügt werden soll. Im vorliegenden ersten Bande finden zunächst die Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen, des Nasenrachenraums, Rachens und Kehlkopfs in der Bearbeitung von Prof. Strübing Aufnahme, sodann die Krankheiten der Luftröhre, Bronchien und Lungen in der Bearbeitung von Prof. Lenhartz, ferner die Krankheiten von Pleura und Mediastinum in Bearbeitung von Prof. Unverricht, und schliesslich die Krankheiten der Kreislaufsorgane in Darstellung von Prof. Romberg.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dass alle die diesmal vorliegenden Teile des Werkes nicht nur sehr übersichtlich geschrieben, sondern auch ebenso gedruckt sind, so dass man ungemein rasch über eine gestellte Frage sich orientieren kann.

Es sei daher das vorliegende Handbuch Studierenden und Aerzten warm empfohlen.

Wichert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

770. Sitzung vom 8. März 1905.

Vorsitzender: Blessig. — Sekretär (stellv.): O. Moritz.

1. Küttner: Ueber Pubotomie. (Soll in dieser Wochenschrift erscheinen.)

Diskussion:

Lingen fragt, ob sich die Beckenmasse nach der Operation geändert habe.

Küttner hat noch keine Messung nach der Operation vorgenommen, glaubt jedoch nicht, dass eine wesentliche Differenz zu erwarten ist. Es wäre immerhin denkbar, durch die Operation gewissermassen orthopädisch auf die Beckenerweiterung hinzuwirken.

Fick glaubt, dass durch isolierte Durchtrennung des Periost's und Freilegung des Knochens oft die Blutungen eingeschränkt werden könnten, soweit sie nicht durch das plötzliche Klaffen des Beckens bedingt seien. Die Abhebelung des Periost's ist an der betreffenden Stelle relativ leicht, jedenfalls weniger schwierig, als an der Symphyse, wo eine sehr feste Verbackung von Knochen und Knochenhaut besteht. Gewisse Schwierigkeiten können allenfalls die Orte der Muskelansätze bilden.

Dobbert macht darauf aufmerksam, dass der Gigli'sche Schnitt nicht von der Mittellinie ausgehe, sondern zwischen Tubercul. pubicum und Symphyse verlaufe. Gigli habe kürzlich seine ältere missverständliche Angabe in diesem Sinne berichtigt. D. ist persönlich nicht sehr für die subkutane Operationsmethode, falls man ohne irgend welche Nachteile das Operationsfeld ganz freilegen könne; deswegen sei ihm auch die Proposition von Dr. Fick sehr sympathisch, obschon die Blutungen dadurch wohl kaum stark eingeschränkt würden, da sie meist durch Verletzung der venösen Geflechte entständen. Die Durchtrennung der Muskelansätze kommt für die Schwierigkeit der Operation nicht wesentlich in Betracht. Was die von Küttner aufgestellten Indikationen betrifft, so ist das wohl Sache der persönlichen Anschauung des Operateurs: Wo man die Wahl zwischen Pubotomie oder Perforation des Kindes hat, wird man natürlich erstere stets vorziehen, andererseits wird dieselbe jedoch nicht den Kaiserschnitt oder gar die Einleitung der künstlichen Frühgeburt ersetzen können. Die Mortalität der Kinder ist für den Kaiserschnitt ja fast gleich Null — die Kinder kommen zwar apnoisch zur Welt, aber stets lebendig. Das Material ist vorläufig jedenfalls auch noch zu klein, um die Pubotomie, fraglos den gefährlicheren Eingriff, der Einleitung der Frühgeburt vorziehen zu lassen. Nebenbei wird man sich bei der Wahl des Eingriffs auch davon leiten lassen, ob die Nachbehandlung in einer Anstalt, wo stets sachkundige Hilfe und Pflege vorhanden ist, vor sich gehen wird, oder in einem Privathause.

Clemenz ist auch kein grosser Freund der subkutanen Operationsmethode. Was den von K. vorgenommenen Zangenversuch betrifft, so glaubt Cl., dass eine vorsichtig angelegte hohe Zange in diesen Fällen stets versucht werden muss. Bezüglich der Indikationsstellung ist Cl. der Ansicht von Dobbert, dass vorläufig wohl Kaiserschnitt und künstliche Frühgeburt durch die Pubotomie nicht verdrängt werden können. Uebrigens ist stets zu bedenken, dass die zu früh geborenen Kinder jedenfalls weiterhin eine schlechtere Lebensprognose haben dürften als die ausgetragenen und durch Pubotomie zur Welt gebrachten.

Küttner glaubt nicht, dass die subperiostale Operationsmethode die Blutungen einschränken würde. Die Blutung stammt z. T. aus den Venenplexus, z. T. aus der Knochenspongiosa. Das Periost würde ausserdem doch unbedingt einreissen. Die subkutane Operationsmethode hat den Vorteil, dass die Heilung meist schneller vonstatten geht. Nach den von Döderlein und anderen Autoren gemachten Erfahrungen ist diese jedenfalls vorzuziehen.

2. Masing: Ueber eine seltene Sprachstörung. (Mit Demonstration zweier Gehirne.)

1. Masing teilt die Krankengeschichte einer 70-jährigen Frau mit, die 2 mal an isolierter Alexie infolge von Embolie in den Gehirnarterien gelitten hatte und dann nach einem apoplektischen Insulte rasch gestorben war. Er demonstriert auch das Gehirn, wo in instruktiver Weise 1. eine Cyste im Marke des linken Gyrus angularis als Folge des ersten Insultes (Mai 1904) vorlag; 2. eine Erweichung des Markes (ein wenig tiefer als die Cyste) des hinteren Endes der beiden oberen linken Temporalwindungen, ohne die Rinde zu zerstören; 3. eine Zertrümmerung der linkseitigen grossen Hirnganglien (Corp. striat. thal. optic.) durch frische Blutung als unmittelbare Todesursache.

Der Fall wird anderweitig veröffentlicht werden.

2. Masing demonstriert ein Gehirn, an welchem die Rinde der Brocaschen Windung (Fuss der III. linken Frontalwindung) und die Rinde der ganzen linken hinteren Zentralwindung erweicht und geschrumpft war. Sonst waren am Gehirn keine pathol. Veränderungen nachweisbar. Er hat den Kranken im Leben wenig gekannt, doch aber soweit, um zu wissen, dass er seit Jahren an rechtseitiger Hemiplegie und vollständiger motorischer Aphasie litt. Auffallend ist, dass bei kortikaler Gehirnaffektion die Hemiplegie so hochgradig war und dass keine epileptischen Krämpfe gewesen waren.

(Autoreferat).

Digitized by Google

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 5. Januar 1905.

P. I. Dr. A. Behr hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber einen Fall von Besessenheit» im Anschluss an eine Demonstration der Kranken, welche ca. 2 Monate vorher stattfand.

Der Vortragende demonstriert eine Geisteskranke, welche behauptet, sie sei vom bösen Geiste besessen und müsse daher alles tun und reden, was er ihr vorschreibe. Sehr auffallend waren in diesem Falle die Zwiegespräche, welche die Kranke nach Art eines Bauchredners mit ihrem Geiste führte. Der Vortragende bespricht an der Hand dieses Falles die motorischen Begleiterscheinungen psychischer Krankheiten und entwickelt den Begriff der Spaltung der Persönlichkeit, der Sejunction nach Wernicke. Weiter erörtert der Vortragende die kulturhistorische Bedeutung der Besessenheit und die Entstehung und die Entwicklung dieses Aberglaubens bis in unsere Zeit. (Der Vortrag erscheint an anderer Stelle ausführlich im Druck.)

(Autoreferat).

In der Diskussion führt Dr. Tiling aus, dass Dr. Behr mit Recht betont hat, dass Aberglaube und Wahnsinn eigentlich nichts mit einander zu tun haben; ein Mensch der an Hexen glaubt, ist noch lange kein Geisteskranker; nach den Worten Spechts in Erlangen kann jeder Mensch an Hexen glauben so viel er will; wenn er aber sich selbst für eine Hexe hält, dann ist er wahnsinnig. Es handelt sich darum, dass der Mensch, das Ich, im Zusammenhang mit der Welt bleibt. Nach Dr. Tilings Meinung ist es unwahrscheinlich, dass der Aberglaube aus der Welt verschwinden werde; das einzige Mittel, dieses Ziel zu erreichen, ist die richtige Erkenntnis der Psychologie, doch sind diese Kenntnisse noch sehr wenig im Publikum verbreitet. Die Psychiatrie hat bisher nicht den richtigen Weg eingeschlagen, sie hat sich auf den anatomischen Standpunkt gestellt, wenigstens die bekanntesten Vertreter der Psychiatrie. Meynert, z. B. hatte die Assoziationsfasern gefunden und baute eine, wie er meinte, anatomische Psychiatrie auf; auch Wernicke denkt sich, dass die Psyche auf ebensolchen Bahnen wandle, wie die Fasern im Gehirn verlaufen. Der Dualismus in der Psyche der Kranken wird von diesen Forschern anatomisch gedacht, sie stellen es sich vor wie einen Einriss der Fasern, der Zusammenhang der Zentren höre auf, und so entstehe der Dualismus in der Psyche.

Tiling glaubt an eine andere Erklärung: die verschiedenen Kreise in der Psyche haben eine gewisse Selbständigkeit; der Mensch kann ein praktischer, gebildeter Mensch sein und zugleich sehr abergläubisch, er hat Vorstellungen in seinem Gehirn, welche uns ganz unwahrscheinlich sind; solche Gebiete ruhen neben einander in seinem Gehirn; wenn derselbe Mensch in Aufregung gerät, so greift er zu den sonderbarsten Mitteln, was nach Tilings Meinung psychologisch ist. Tiling hofft endlich, dass die Psychiatrie in Zukunft einen besseren Einfluss auf den Aberglauben ausüben wird, wenn sie nicht mehr so anatomisch denkt.

P. II. Dr. Hampeln referiert «Ueber einen Fall seiner konsultativen Praxis» aus der letzten Zeit, der wieder einmal so recht die ausserordentlichen diagnostischen Schwierigkeiten in inneren Erkrankungsfällen illustriert und darum der Mitteilung wert erscheint. Entweder muss nämlich in diesem Fall ein schweres Krankheitsbild und zwar in 2 Etappen, in ungewöhnlicher Weise vorgetäuscht worden sein, oder es hat eine schwere innere, richtig beurteilte Erkrankung einen ungewöhnlichen, spontanen, günstigen Ausgang genommen. Er selber hat den Patienten, einen 13-jährigen Knaben, Kind armer Eltern, nur 3mal und unter folgenden Umständen gesehen. Das erste Mal wurde er konsultiert, weil in der vierten Woche einer fieberhaften Allgemeinerkrankung, Mictionsstörungen aufgetreten waren, häufiges mit Drängen verbundenes Urinieren, etwas Schmerz im Abdomen rechts. Zugleich lag ein Laboratoriumsattest vor, dass der Urin trüb, etwas eiterhaltig und dem Eitergehalt entsprechend albuminhaltig sei. Ich schloss mich nach Untersuchung des Kranken der Auffassung des Kollegen an, dass es sich um einen schweren Abdominaltyphusfall in der vierten Woche handele und eine ihn komplizierende Cystitis resp. Cysto-Pyelitis derselben Provenienz. 2 Tage darauf, also nach 2 mal 24 Stunden wurde ich wieder hingebeten. Es hatte sich in der letzten Nacht plötzlicher Leibschmerz und häufiges Erbrechen eingestellt; kein Stuhl, keine Flatus; ich fand den Kranken kollabiert, mit beschleunigtem, fadenförmigen Pulse, aber warmen Extremitäten, Abdomen etwas aufgetrieben und gedämpft in den abhängigen Partien und sehr schmerzhaft, galliges Erbrechen. Auf Grund dieses Befundes und in Berücksichtigung der plötzlich eingetretenen schweren Erscheinungen einigten wir uns dahin, dass es sich sehr wahrscheinlich um die Perforation eines typhösen Geschwüres handele und proponierte die Konsultation eines Chirurgen. Lange Zeit nun hörte ich vom Kranken nichts mehr. Etwa 14 Tage später teilte mir die Schwester des Patienten mit, dass die Eltern sich doch nicht hatten entschliessen können, einen Chirurgen hinzuzuziehen. Auch hätte am folgenden Tage das Erbrechen aufgehört u. wäre reichlicher, stinkender wie «Tumm» aussehender Stuhl unter Abgang von viel Flatus entleert worden. Keine Aufbewahrung des Stuhles. Am nächsten Tage wäre der Stuhl noch flüssig, normal gefärbt und ohne auffallenden Geruch gewesen. Dieses alles wurde natürlich nur erst auf spezielles Fragen hin erzählt, nicht spontan. Der Leib sei weich geworden, und etwas schmerzhaft bei Druck. Urin noch trübe. Das Aussehen habe sich gebessert. Puls 96 Temp. 37°.

Wieder vier Wochen später, am 22. Dezember a. p., brachte der Vater den Patienten in meine Ambulanz, der nun von mir u. Dr. Kieseritzky untersucht wurde. Der Sohn sei recht wohl gewesen, doch hätte sich eine auffallende Schiefhaltung des Körpers nach dem Verlassen des Bettes ohne Schmerzen eingestellt. Deswegen kam er in die Ambulanz. Mässige Anaemie und Magerkeit. Starke Skoliose der Wirbelsäule im Dorsalteil nach rechts, im Lumbalteil nach links. Becken links niedrig, rechts hochstehend, scheinbare starke Verkürzung des rechten Beines, auch in Horizontallage, sonst Skelettteile normal. Schwellung, Prominenz, Druckschmerz, intensive Dämpfung der rechten Lumbalgegend. Die Dämpfung reicht RH. bis zur 8. Rippe hinauf, vorne am Thorax bis zur 5. Rippe. Grenzen immobil. Im Bereich der thoracalen Dämpfung, kein Atemgeräusch, unmittelbar oberhalb Normalatmen. Pectoralfremitus überhaupt nicht produziert. Thoraxhälfte rechts unten erscheint voller, sehr wenig beweglich gegen links, doch ergiebt die Messung beiderseits einen Umfang von 36 Cm.; Herz nicht verdrängt, normal. Abdomen voll, rechts gedämpft und im Bereich der Dämpfung voller, anscheinend fluktuierend. Dämpfungsgrenze medianwärts konkav. Bei Lagewechsel keine Veränderung der Dämpfung, die nach oben in die thoracale, nach hinten aussen in die lumbale Dämpfung übergeht.

Dieser auffallende Befund veranlasste die Ueberführung des Kranken sofort in die chirurgische Abteilung, da ein Exsudat des Abdomen rechts, mit Hinaufdrängung des Zwerchfelles in den Brustraum, wahrscheinlich hervorgegangen aus der früher angenommenen und relativ günstig verlaufenen Perforation diagnostiziert wurde. Aber auch zu diesem Schritt konnte sich der Vater, wie ich am 5. Januar 1905, also 14 Tage später, von der Schwester erfuhr, nicht entschliessen. Er habe 10 Tage gewartet, in welcher Zeit die Haltung des Kranken wieder normal geworden wäre. Auch sonst habe er sich wohl gefühlt. An den Ausleerungen sei nichts Besonderes aufgefallen. 2 Stühle täglich, meist flüssig. Beobachten konnte man sie nicht, da stets der offene Abtritt benutzt wurde. Nach 10 Tagen wären sie in die chirurgische Ambulanz gegangen, wo aber nichts Besonderes gefunden wurde. Am 5. Januar präsentierte sich mir der Kranke wieder und zwar in normaler Körperhaltung, noch etwas blass und mager, aber doch ziemlich wohl aussehend. Abdomen etwas voll, aber weich, überall normaler, gewöhnlicher Perkussionsschall, kein Exsudat, keine Schwellung. Ueberhaupt negativer Organ-Befund, nur besteht noch eine Dämpfung des Thorax rechts hinten hinauf bis zur 8. Rippe mit immobiler Grenze, während vorne normale Grenzen sind. Auskultatorischer und palpatorischer Befund wie früher. Links untere Lungengrenzen normal.

Vortragender lasse sich an dem Referat genügen und verzichte auf eine Erklärung des ungewöhnlichen Falles, den er ja nur in einzelnen Stadien, aber nicht fortlaufend gesehen hätte. Wahrscheinlich dünke ihm aber der ungewöhnliche spontane günstige Ausgang einer Darm- oder Appendixperforation, da er sich die einzelnen objektiven Befunde und auch die noch nachgebliebene thoracale Dämpfung nicht anders erklären könne.

(Autoreferat).

d. z. Sekretär Dr. Theodor Schwartz.

Digitized by Google

Protokolle des XVII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. Aug. 1905.

(cfr. Nr. 34.)

1. Sitzung, d. 10. August 1905.

P. 11. Prot. K. Dehio macht folgende Mitteilungen über die Tätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland im J. 1904.

Die Zusammensetzung unseres Verwaltungsrates hat durch das Ableben unseres langjährigen Mitgliedes, des Chefredakteurs der «St. Petersburger Zeitung» Paul v. Kügelgen und durch den Rücktritt des Herrn Dr. med. Truhart, der seit dem Tage der Gründung unserer Gesellschaft dem Verwaltungsrat derselben angehört hat, tiefgreifende Aenderungen erfahren. In Anerkennung seiner Verdienste um die Gesellschaft wurde Dr. Truhart zum Ehrenmitglied derselben erwählt und ihm unser Dank für seine Mitarbeit ausgesprochen.

An Stelle des Herrn Dr. Truhart wurde der Herr Stadtarzt Dr. med. Chr. Ströhmberg und an Stelle P. v. Kügelgen's dessen Sohn, der jetzige Redakteur und Herausgeber der deutschen St. Petersburger Zeitung Herr P. S. von Kügelgen erwählt.

Die pekuniären Verhältnisse unserer Gesellschaft haben sich folgendermassen gestaltet:

Debet.

	Rbl.	Kop.
Saldovortrag zum 1. Januar 1904	895	89
Jahresbeiträge	645	—
Einmalige Zahlungen u. Schenkungen	2961	64
Zinsen	78	47
Verpflegungsgelder	20649	77
Erlös für verkauftes lebendes Inventar in Nennal	305	—
Diversa	162	95
	25698	72

Kredit.

	Rbl.	Kop.
Gehalt der Aerzte, Buchhalter und Kanzlisten	2360	—
Krankenverpflegung 1904 in Muhli	1794	42
» » » Nennal	242	70
» » » Wenden	6277	42
» » » Tarwast	8950	37
Versicherung gegen Brandschaden	221	22
Neuangeschafftes Inventar für Muhli	434	83
» » » Wenden	964	64
» » » Tarwast	1874	16
Remonten in Muhli	378	09
» » Tarwast	831	94
Postporto und Drucksachen	33	44
Zu wissenschaftlichen Zwecken, betreffend die Lepra	50	—
Geistliche Bedienung der Leprösen	259	—
Diversa	26	10
Saldo zum 1. Januar 1905	1000	39
	25698	72

Schon auf dem vorigjährigen Aerztetag habe ich mitgeteilt, dass unsere Gesellschaft beschlossen habe, das Leprosorium Nennal zeitweilig zu schliessen, weil die Zahl der gegenwärtig von unserer Gesellschaft verpflegten Kranken nicht so gross ist, um den Betrieb des genannten Leprosoriums notwendig zu machen. Wir könnten, wie aus diesem Bericht hervorgehen wird, sehr wohl mit unsern drei andern Leprosorien allein auskommen.

Somit fand die Schliessung des Leprosoriums in Nennal am 15. Januar 1904 statt, und die zum livländischen Festland gehörigen Nennalschen Leprösen wurden nach Tarwast übergeführt, während die aus Oesel stammenden, und bisher auf Kosten der Oeselschen Landeskasse verpflegten Kranken in ihre Heimat befördert wurden, wo sie in dem auf der Insel Oesel neuerrichteten Leprosorium zu Audaku untergebracht worden sind.

Was die Einnahmen unserer Gesellschaft betrifft, so besteht der Hauptposten derselben, wie aus dem Kassenbericht ersichtlich, aus den Verpflegungsgeldern, welche uns aus der livländ. Landeskasse und zum Teil auch aus der Oeselschen Landeskasse und von den livländischen Städten für die den genannten Verbänden zugehörigen Kranken im Betrage von 10 Rubel monatlich gezahlt werden. Hierzu kommen einmalige wohltätige Zahlungen und Schenkungen und der Ertrag der jährlich an einem Sonntag in Livland stattfindenden Kirchenkollekte zum Besten unserer Leprösen. Was die regelmässigen Mitgliedsbeiträge anlangt, so muss leider konstatiert werden, dass dieselben fast auf ein Drittel dessen zusammengeschmolzen sind, was noch vor fünf Jahren gesammelt wurde. Die Folge ist, dass es unserer Gesellschaft immer schwieriger wird ohne Fehlbetrag zu arbeiten.

Für den Betrieb unserer Leprosorien sind im Jahre 1904 24698 Rbl. 33 Kop. verausgabt und damit insgesamt 60679 Krankentage bestritten worden. Der einzelne Lepröse hat also 40,73 Kop. täglich, oder 148 Rbl. 67 Kop. jährlich gekostet. Da wir aus der Landeskasse 120 Rbl. jährlich für jeden bei uns verpflegten Leprösen erhalten, so hat unsere Gesellschaft, wie ersichtlich, die fehlenden 28 Rbl. 67 K. pro Krankenjahr aus den ihr zugeflossenen Mitgliedsbeiträgen und wohltätigen Spenden gedeckt. Das macht bei 177 Kranken, die wir zum 1. Januar 1904 in Verpflegung hatten, 5074 Rbl. 59 Kop. Man sieht daraus, dass unser Verein keine geringe Summe von sich aus zum Unterhalt der Leprösen zuschiessen muss, und somit ohne die werktätige Unterstützung aller Gesellschaftsklassen seine Aufgabe nicht erfüllen kann.

Aus den speziellen Jahresberichten über unsere Leprosorien ist folgendes zu erwähnen:

In Muhli befanden sich zum 1. Januar 1904 16 Kranke. Neu hinzugekommen sind im Laufe des Jahres 8, es traten aus 6, es sind gestorben 2, es verblieben somit zum 1. Januar 1905 16 Kranke. Die Naturalverpflegung kostete 15,7 Kop. pro Kopf und Tag.

In Wenden waren zum 1. Januar 1904 57 Kranke vorhanden. Im Laufe des Jahres kamen hinzu 17, es traten aus 10, starben 4, es verblieben somit zum 1. Januar 1905 60 Kranke. Die Naturalverpflegung pro Kopf und Tag betrug 14,8 Kop.

In Tarwast befanden sich zum 1. Januar 1904 82 Kranke. Im Laufe des Jahres kamen hinzu 41, traten aus 22, starben 12 und es verblieben somit zum 1. Januar 1905 89 Kranke. Die Naturalverpflegung stellte sich auf 12,8 Kop. pro Kopf und Tag.

Es befanden sich also zum 1. Januar 1905 im ganzen 165 Lepröse in der Obhut unserer Gesellschaft.

In den zwei letzten Jahren hat die Zahl der Aussätzigen in unseren Leprosorien eine langsam absteigende Frequenz gezeigt. Zum 1. Januar 1902 hatten wir 196 Lepröse in unserer Obhut, zum 1. Januar 1903 — 184, zum 1. Januar 1904 — 177, zum 1. Januar 1905 — 165 Lepröse. Diese Erscheinung ist leider nicht auf eine Abnahme der Lepra in Livland zurückzuführen, sondern darauf, dass weder unsere Gesellschaft noch irgend eine andre Instanz die Macht und Autorität besitzt, um eine geregelte Beaufsichtigung der Leprösen in Livland und wenn nötig die Isolierung derselben durchzuführen. Diese Zustände werden sich voraussichtlich nicht so bald ändern, denn so lange die ministerielle Bewilligung zur Anstellung eines speziellen, mit den nötigen Machtbefugnissen ausgerüsteten Lepraarztes, um welchen unsere Gesellschaft schon im J. 1901 nachgesucht hat, nicht erteilt wird, ist an eine erfolgreiche Bekämpfung der Lepra in Livland nicht zu denken und unsere Gesellschaft wird sich mit der bescheidenen Rolle einer Wohltätigkeitsanstalt begnügen müssen, die vielen Unglücklichen Unterkunft gewährt und immerhin einigen Ansteckungsstoff aus dem Lande entfernt, wenngleich nicht in dem Masse, dass dadurch eine Abnahme des Aussatzes in Livland erzielt würde.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Professor der Hygiene und gerichtlichen Medizin an der Universität Heidelberg, Dr. F. Knauff, beging am 11./24. September seinen 70. Geburtstag.

— Der Konsultant des Hospitals und Ambulatoriums bei der Pokrowschen Gemeinschaft barmherziger Schwestern, Honorarprofessor und Konsultant für Chirurgie am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. Semazki, ist zum Oberarzt des Hospitals der ge-

Digitized by Google

nannten Gemeinschaft ernannt worden, unter Belassung in seinen Stellungen beim klinischen Institut.

— Der Oberarzt des Preobrashenski-Hospitals in Moskau, Dr. Bashenow, ist zum Ehrenmitgliede des Damenkuratoriums zur Unterstützung der Armen Moskaus ernannt worden, unter Belassung im bisherigen Amte.

— Verstorben: 1) Am 5. August in Cherssu (Mandschurei) der ältere Arzt des St. Petersburger fliegenden Lazaretts, Dr. Kassatkin, im 31. Lebensjahre am Typhus. Der Hingeschiedene hatte erst vor ca. 3 Jahren seine praktische Tätigkeit begonnen. 2) In St. Petersburg Dr. Nikolai Poljesski-Schtschipillo im 73. Lebensjahre. Der Verstorbene hat fast 50 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt, die meiste Zeit hier am Orte. 3) Am 2. September in Charkow der Privatdozent der Physiologie an der Odessaer Universität Dr. Sergius Kostin, im Alter von 36. Jahren. Nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1894 war K. Prosektorgehülfe an der Charkower Universität. Er ist auch mehrfach literärisch hervorgetreten. 4) In St. Petersburg der frühere Chef der hiesigen Fabrik zur Herstellung von Militär-Medizinalpräparaten, Dr. Hilarius Nikiforow, im Alter von 60. Jahren. Der Verstorbene war seit 1868 Militärarzt und u. a. längere Zeit auch älterer Arzt des Haupt-Artillerie-Polygons in St. Petersburg. 5) In Tiflis die junge Aerztin Kopranski, welche am 29. August Abends während des Aufruhrs und bewaffneten Widerstandes, der durch Waffengewalt unterdrückt werden musste, erschossen worden ist. 6) In Berlin der frühere ärztliche Direktor der Charité, Generalarzt Dr. Hermann Schaper, im 65. Lebensjahre. Vor einem Jahre ist er aus Gesundheitsrücksichten, aus seinem einflussreichen und verantwortungsvollen Amt geschieden, das er 12 Jahre inne hatte. Als liebenswürdiger und kenntnissreicher Arzt, als hervorragender Verwaltungsbeamter, wie als Förderer vieler human-sanitärer Bestrebungen erfreute er sich in weiten Kreisen grosser Wertschätzung. Er war auch Leibarzt des Prinzen Albrecht von Preussen, Mitglied des Reichsgesundheitsrates und des wissenschaftlichen Senats der Kaiser Wilhelms-Akademie. Als ärztlicher Direktor der Charité hat der Verstorbene lebhaften Anteil an dem Neubau dieses grossen Krankenhauses genommen und sich durch die Aufnahme und Erweiterung der neueren Heilmethoden den Dank der Aerzte und Leidenden erworben. 7) Am 15./28. in Berlin der ausserordentliche Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Königsberger Universität, Dr. Hermann Münster, im Alter von 58 Jahren. Prof. Münster, welcher auch eine viel frequentierte Privatfrauenklinik leitete, gehörte zu den gesuchtesten und beliebtesten Aerzten Königsbergs; sein unerwarteter Tod hat aber nicht bloss bei seinen zahlreichen Patienten, sondern auch in den musikalischen Kreisen der Stadt, denen er als langjähriger Obervorsteher der «Musikalischen Akademie» nahestand, tiefe Trauer erweckt. Seine zahlreichen Arbeiten veröffentlichte er in der «Deutschen med. Wochenschrift» und in verschiedenen Zeitschriften für Geburtshülfe und Gynäkologie.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner wurden Allerhöchst verliehen:

Der St. Stanislausorden I. Klasse — dem Militär-Medizinalinspektor der Nachhut der Mandschurischen Armeen, Dr. Wl. Bystrow, dem stellv. Feld-Militär-Medizinalinspektor der 1. Mandschurischen Armee, Dr. Alex. Boguschewski und dem Korpsarzt des 1. sibir. Armeekorps, Dr. W. Nikolski;

Der Wladimirorden III. Klasse mit Schwertern — den Divisionsärzten der 35., resp. 37. Infanteriedivis. Dr. W. Krawkow und Dr. P. Kossatsch.

— Eine baldige Rückkehr der einberufenen Reserveärzte aus dem fernen Osten soll nach den in der Ober-Militär-Medizinalverwaltung eingezogenen Erkundigungen nicht zu erwarten sein, vielmehr haben noch neuerdings eine ganze Reihe neuer Einberufungen von Reserveärzten zum aktiven Dienst stattgefunden.

— Wie der Oberarzt Dr. Vierhuff aus Echo telegraphiert, fand am 15. September die feierliche Schliessung des Kurländischen Lazaretts in Echo in Gegenwart des gesamten Personals, der Geistlichkeit, der Offiziere der Garnison und anderer Gäste statt. Die übriggebliebenen Kranken wurden ins Militärhospital übergeführt.

— Von dem Oberarzt des Evangelischen Feldlazaretts Dr. Schiemann ist aus Tschalantun nachstehendes Telegramm vom 10. September an das Komitee eingelaufen:

«Das gesamte Lazarett ist jetzt in Tschalantun vereinigt. Vor seiner Abreise aus Gundschulin ersuchte der Oberkommandierende mich persönlich, Ihnen und dem gesamten Komitee den innigsten Dank zu übermitteln von allen Kranken und von der gesamten Armee für die Arbeit, die das Evangelische Feldlazarett während des Krieges geleistet und für den Nutzen, den es gebracht hat. Der Oberkommandierende befahl, auch die Schwestern und Sanitäre zur Dekorierung vorzustellen. Der Generalbevollmächtigte des Roten Kreuzes wird mir nächstens, jedoch keinesfalls vor dem 15. September, den für die Abreise des Feldlazaretts festgesetzten Termin mitteilen. Im Lazarett werden eben noch 35 Kranke verpflegt».

— Die von der Libauschen Abteilung des Roten Kreuzes ausgerüstete Sanitätskolonne hat, Privatdepeschen aus Charbin zufolge, am 13. September die Rückreise angetreten.

— Auf dem soeben geschlossenen Kongress deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran hat der Oberstabsarzt Dr. Schücking aus Salzburg in der Sektion für Militärsanitätswesen einen interessanten Vortrag über «Sanitär Bemerkenswertes aus dem russisch-japanischen Kriege» gehalten, in welchem er den Sanitätsabteilungen beider Heere volle Anerkennung zuteil werden lässt.

Bei den Russen, sagte er, waren die Feldsanitätsanstalten in der vorgeschriebenen Anzahl, ca. 27.000 Betten, vorhanden, allein trotzdem wären diese völlig unzureichend gewesen, wenn nicht dass russische Rote Kreuz die Militärsanitätsleitung durch eine grossartig angelegte Tätigkeit unterstützt hätte. Dieser war es zu danken, dass Ende Dezember 1904 auf dem Kriegsschauplatz und längs der Bahnlinie ins Hinterland Spitäler mit über 24,000 Betten vom Roten Kreuz zur Verfügung standen, wodurch Russland für 10 pCt. der Heeresverpflegestärke sanitär versorgt war. Ueberdies errichtete die genannte Gesellschaft Desinfektionskolonnen, grosse Lebensmittelmagazine, stellte Sanitätszüge und führte den ganzen Krankenabschub auf den Flussläufen des Amur und Sungari vollkommen selbständig durch. Japans sanitäre Organisation war im allgemeinen jener des deutschen Heeres nachgebildet, und die Feldsanitätsanstalten sollen auf 8 pCt. des Verpflegestandes berechnet gewesen sein. Die enorm verlustreichen Schlachten belehrten die japanische Sanitätsleitung, dass sie mit der normierten Zahl absolut nicht ausreichen könne, und so wurden denn in aller Eile die Feld- und die Reservespitäler mit dem fünffachen Material über die Norm dotiert. Diese gewaltige Materialvermehrung war vor der Schlacht bei Mukden durchgeführt und war, wie die späteren Ereignisse erwiesen, eben ausreichend. Dank umfassender sanitärer Massnahmen, einer strikten Handhabung der Sanitätspolizei, weitgehender Desinfektionen war es möglich, das Auftreten von Epidemien den ganzen Feldzug hindurch zu verhindern, wenn auch Typhus, Dysenterie, Beriberi und andere Infektionskrankheiten, besonders während der Hitzemonate, in besorgniserregender Weise auftraten und bei den Russen selbst Cholera und sibirische Pest in vereinzelten Fällen festgestellt wurden. Als treffliches Prophylaktikum gegen Dysenterie soll sich bei den Japanern Kreosot, drei Pillen täglich, bewährt haben, während gegen das Beriberi häufiger Nahrungswechsel gute Dienste geleistet haben soll. Ausserordentlich in ihrer Wirksamkeit unterstützt wurden die strengen hygienischen Massnahmen bei den Japanern dadurch, dass die intelligenten Soldaten allen sanitären Anordnungen willig Folge leisteten und durch den jedem Manne angeborenen hochgradig entwickelten Reinlichkeitssinn. In chirurgischer Beziehung wurden im allgemeinen die bereits bekannten Tatsachen, dass das glatte sterile Kleingeschoss erst dann komplizierte Verletzungen setzte, wenn das Projektil aus grösserer Entfernung kam und sich bereits deformierte oder der Geschossmantel sich ablöste, bestätigt. Im übrigen heilten die Gewehrschusswunden im allgemeinen rasch und ohne Komplikationen. Besonders fielen in dieser Beziehung penetrierende Lungenschüsse vorteilhaft auf. Sehr gefährlich waren Verletzungen aus Artillerie- und Marine-Geschützen und in dieser Richtung besonders die Schimosa-Granaten gefürchtet. Auch die Handgranaten setzten bösartige Wunden. Grosse Gewebezertrümmerungen, Infektionen durch unreine Geschossteile charakterisieren sie. Ebenso gefürchtet sind die Nahkämpfe mit blanken Waffen. 80 pCt. aller dieser letztangeführten Verletzungen endeten tödlich und zwar erfolgte das Ende in kürzester Frist, entweder schon auf dem Schlachtfelde oder auf dem Transport zum Hilfsplatze. Die Wundbehandlung war bei Russen wie bei Japanern in erster Linie durchaus antiseptisch. Die beiderseitigen Verbandspäckchen bewährten sich vortrefflich. Die grösste Wichtigkeit wird dem ersten Verbande beigemessen, der, gut angelegt, bei leichten

Digitized by Google

Wunden fast immer, bei schweren sehr häufig bis zur Heilung liegen bleiben kann. In den Spitälern, von den Feldspitälern angefangen, wurde nach Tunlichkeit aseptisch gearbeitet. Amputationen waren sehr selten erforderlich, drei bis vier auf tausend Verletzungen. Die Erfolge der Wundbehandlung waren bei beiden Parteien glänzende.

Von Universitäten, med. Instituten u. Kongressen.

— Unter den in der ersten Septemberwoche auf sämtlichen russischen Universitäten neugewählten Rektoren befinden sich nur an zwei Universitäten Mediziner, nämlich an der Universität Kasan, wo der Professor der pathologischen Anatomie Dr. N. Ljubimow zum Rektor gewählt wurde, und an der Tomsker Universität, wo der Kliniker Professor Dr. M. Kurlow zum Rektor wiedergewählt wurde. An der Dorpater Universität, wo die letzten vier von dem Professorenkollegium gewählten Rektoren bis 1884 (Bidder, v. Samson, G. v. Oettingen und Alex. Schmidt) Mediziner waren, ist jetzt der Professor des römischen Rechts Dr. Passek zum Rektor gewählt worden. Zu Dekanen der medizinischen Fakultäten sind gewählt worden: in Dorpat — Prof. Dr. Ewezki (Ophthalmolog), in Moskau — Prof. Dr. Klein (Patholog), in Kasan — Prof. Dr. Rasumowski (Chirurg), in Charkow — Prof. Dr. Lomikowski (Therapeut), in Kiew — Prof. Dr. Obolonski (Gerichtliche Medizin), in Warschau — Prof. Dr. Kudrewezki (Therapeut), in Odessa — Prof. Dr. Medwjedew (Physiol. Chemie).

— Der Konferenz der militär-medizinischen Akademie, welche durch eine Deputation beim Kriegsminister um Verleihung der Autonomie an die Akademie nachgesucht hatte, ist am 16. September die offizielle Mitteilung zugegangen, dass das Ministerium der Reorganisation der Akademie kein Hindernis entgegensetze, es aber möglich sei, dass die Akademie infolge der Reformen an das Zivilressort übergehen werde, weil eine autonome Lehranstalt im Militärressort undenkbar sei. Auf Grund dieser Mitteilung hat die Konferenz eine besondere Kommission, bestehend aus den Professoren Dianin, Rein, Pawlow, Janowski, Schidlowski, Feodorow u. a., gewählt, welche mit dem Entwurf eines Reformprojekts auf der Basis einer vollständigen Autonomie betraut wurde.

— Das St. Petersburger weibliche medizinische Institut hat sich durch eine Deputation an den Minister der Volksaufklärung ebenfalls mit dem Gesuch um Gewährung der Autonomie gewandt.

— Der Privatdozent der mil.-med. Akademie und Konsultant am Hospital der St. Eugenie-Gemeinschaft barmherziger Schwestern des Roten Kreuzes, Dr. Sadowski, ist zum ausserordentlichen Professor für Geburtshülfe und Gynäkologie an dem weiblichen medizinischen Institut ernannt worden.

— Mit den Vorlesungen über allgemeine Pathologie an der Odessaer Universität ist, bis zur Besetzung des durch die Uebersiedelung Prof. Podwyssotzkis erledigten Lehrstuhls, der Professor der Histologie Dr. Mankowski betraut worden. (R. Wr.).

Standesangelegenheiten.

— Alle Aerzte und Veterinäre der Landschaft des Kreises Ssysran (Gouv. Ssimbirsk) haben den Dienst gekündigt, weil ein Kollege ungerechter Weise entlassen ist. (Russ.)

— In einer kombinierten Sitzung des St. Petersburger Stadtamts und des Präsidenten der städtischen Hospitalkommission ist mit 7 gegen 6 Stimmen beschlossen worden, jüdische Aerzte zu städtischen Diensten in St. Petersburg zuzulassen.

— Bezüglich der Anzeigepflicht der Aerzte ist vom Kurländischen Generalgouverneur eine Vorschrift an die kurländischen Aerzte ergangen. Es hatte nämlich der Talsensche Aerzteverein den Kurl. Gouverneur ersucht, seine Mitglieder von der den Aerzten durch die Zirkularvorschrift vom 6. Juli d. J. sub Nr. 5006/5016 auferlegten Anzeigepflicht gegenüber Patienten, die Verletzungen durch Schusswaffen erlitten haben, zu entbinden. Dieses Gesuch stellte der Gouverneur dem Kurl. Generalgouverneur zur Entscheidung vor und teilte dann mittelst einer neuen Zirkularvorschrift den Kreischefs und den Polizeimeistern Kurlands mit, dass der Generalgouverneur das Gesuch des Talsenschen Aerztevereins abgelehnt habe. Der § 15 des Strafgesetzes verpflichte jede Privatperson, über jedes ihr bekannt gewordene Verbrechen der zustehenden Behörde sofort eine Anzeige zu machen. Stich- und Schusswunden können aber nur von Verbrechern herrühren, die einer Verfolgung seitens der Behörden unterliegen und deshalb muss über derartige Verletzungen von jeder Privatperson der Behörde die erforderliche Meldung gemacht werden. Ausserdem verpflichtet die Aerzte der § 1321 des gerichtlichen Medizinalustaws über sämtliche bedeutendere Verwundungen, die den Tod zur Folge haben oder sonst gefährlich sind, unverzüglich den Untersuchungsrichter in Kenntnis zu setzen. Die Vergehen gegen die Bestimmungen dieses § sind deshalb nicht mit einer besonderen Ahndung bedroht, weil Strafen wegen Unterlassung der Anzeige schon im § 15 des Strafgesetzes vorgesehen sind. Während der Dauer des Kriegszustandes in Kurland werden Vergehen gegen die schon vom Gesetz vorgeschriebene Anzeigepflicht von seiten der Aerzte nach den geltenden Bestimmungen der obligatorischen Verordnung des Generalgouverneurs geahndet werden. Zur genauen Erfüllung dieser Vorschrift sind sämtliche Aerzte durch Reversal zu verpflichten.

Epidemiologisches.

— Die Pest in Sibirien. Im russischen Dorf bei den Dalai-Nor-Bergwerken wurden am 4. September Pestfälle konstatiert. Zuerst erkrankte ein von der Station Mandschurija eingetroffener Kosak, dann dessen Mutter und zehn mit dieser Familie in Berührung gewesene Personen. Bis zum 13. September waren zehn gestorben. Vom 11.—17. September gab es keine neuen Erkrankungen. Es wurden sofort vom Hauptchef im Rücken der mandschurischen Armee Vorsichtsmassregeln ergriffen und Truppenkordons zur Aufrechterhaltung der Quarantäne entsandt. Die Passagiere werden ärztlich untersucht (auf den Stationen Mandschurija und Pogranitschnaja). Allen die Station Dalai-Nor passierenden Truppen-Echelons ist der Aufenthalt auf der Station untersagt. Zugleich ist eine hinreichende Zahl von Aerzten und Bakteriologen mit dem niederen medizinischen Personal und den nötigen Medikamenten und Desinfektionsmitteln hinbeordert worden.

— Die Cholera macht im russischen Weichselgebiet weitere Fortschritte, wo auch in Warschau bereits 4 Erkrankungen vorgekommen sind. Nur aus Wloclawek, wo die allerersten Cholerafälle konstatiert wurden, sind seit dem 10. September keine Neuerkrankungen gemeldet worden. Die Gesamtzahl der Cholerafälle im russischen Reich dürfte bereits die Ziffer 100 übersteigen.

In Preussen ist die Cholera in starker Abnahme begriffen. Vom 16./29. — 17./30. September ist im preussischen Staat nur eine choleraverdächtige Erkrankung bei einem Arbeiter aus der Gegend von Thorn gemeldet worden. Auf die Erklärung der deutschen Regierung hin, dass in Preussen sich kein Choleraherd gebildet hat, wurde seitens der russischen Kommission zur Verhütung der Pest etc. die Verfügung wegen Erklärung der Bezirke Bromberg, Marienwerder, Graudenz, Kulm, Schwetz und Thorn als cholerabedroht — aufgehoben. Personen, die aus Preussen kommen, werden aber bis auf weiteres ärztlich untersucht werden. Bis zum 17./30. September belief sich die Gesamtzahl der Cholerafälle in Preussen auf 256 Erkrankungen mit 87 Todesfällen.

— Zur Ergreifung von Massregeln gegen die Cholera ist der Chef des Odessaer Quarantäne-Bezirks Dr. Damaskin an die Grenzen in Polen und in die Hafenstädte der Ostseeprovinzen abkommandiert worden.

Bf.

Digitized by Google

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. Sept. d. J. 9618 (23 wen. als in d. Vorw.), darunter 850 Typhus — (90 wen.). 913 Syphilis — (26 wen.), 256 Scharlach — (0 mehr), 153 Diphtherie — (5 wen.), 48 Masern — (4 wen.) und 13 Pockenkranke — (5 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 4. bis zum 10. Sept. d. J. im ganzen 682 (388 M., 294 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 34, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 15, Scharlach 25, Diphtherie 13, Croup 0, Keuchhusten 12, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 2, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 60, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0. Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 96, Tuberculose anderer Organe 28, Alkoholismus und Delirium tremens 13. Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 31, Krankheiten der Verdauungsorgane 78, Totgeborene 42.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 4. Okt. 1905.

Tagesordnung: v. Lingen: Ueber Beziehungen zwischen Uterusmyom und Herz.

Wahl eines wissenschaftlichen Sekretärs.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 26. Sept. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Rationelle Heilung durch Phosphor

RHOMNOL

(jede Pille enthält 0,05 Gr.).

dessen Hauptbestandtheil reine Nucleinsäure ist, von Dr. Leprince hergestellt.

$C^{40}, H^{54}, Az^{14}, O^{27}, P^{4}$.

Erprobt: bei Phosphaturie, Neurasthenie, Rachitis, Blutarmut und Alterschwäche.

Gebrauchsanweisung: 4—10 Pillen während der Mahlzeit.

Dr. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.

Erhältlich in allen besseren Apotheken. (33) 12—10.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства.

Совершенно не раздражаетъ. Охотно принимается. Хорошо усваивается. Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными подделками.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
NOV 18 1905

XXX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 39 St. Petersburg, den 1. (14.) Oktober. **1905.**

Inhalt: Dr. Heinrich Bosse: Ueber einen klinisch interessanten Fall von Oesophaguskarzinom. — Oefele: Die chemische Analyse des Sputum. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Tagesnachrichten. — Anzeigen.

Ueber einen klinisch interessanten Fall von Oesophaguskarzinom.

(Vortrag, gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.)

Von

Dr. Heinrich Bosse — Riga.

M. H. Nachstehender Fall, über den ich Ihnen referieren möchte, bot während der Behandlungsdauer soviel interessante Momente, dass eine Besprechung derselben wohl gerechtfertigt erscheint, um so mehr als ich als Hausarzt der betr. Familie Gelegenheit hatte den Patienten schon vor seiner Erkrankung aus anderen Gründen mehrfach zu untersuchen, also seinen Organismus gut zu kennen glaubte.

Herr F. R., 49 Jahre alt, Kaufmann, von kräftigem Körperbau, nur abgesehen von einigen Erkältungen, bis dahin immer vollkommen gesund, erkrankte Anfang August plötzlich unter Symptomen, welche auf einen akuten Magenkatarrh hinwiesen. Er klagte über Brechreiz, Kopf- und Gliederschmerzen, Frösteln und Schmerzen im Epigastrium. Die Temperatur betrug 39°. Nach geschehener Verordnung verliess ich den Kranken mit der Bitte, mich von seinem Befinden zu benachrichtigen.

3 Tage später kam Herr R. zu mir in die Sprechstunde. Er sah sehr schlecht, ja direkt verfallen aus, und teilte mir mit, dass sein Zustand sich sehr verschlechtert habe, namentlich quäle ihn sehr der Umstand, dass er «schlechter schlucken könne». Eine sofort vorgenommene Sondierung der Speiseröhre gelang erst nach mehrfachen Versuchen, und mit einer dünnen Sonde; das Hindernis sass etwa in der Gegend der Bifurkation der Trachea und dieser Umstand bewog mich den Patienten oesophagoskopieren zu lassen. Herr Dr. von Bergmann, der die Freundlichkeit hatte, den Kranken zu untersuchen, schrieb mir, dass es sich im vorliegenden Fall wohl um ein Neoplasma handeln dürfte, ganz sicher aber sei es nicht, weil die Einführung des Instrumentes wegen der grossen Schmerzhaftigkeit nur teilweise gelang.

Der Krankheitsverlauf behielt in den folgenden Tagen seinen akuten Charakter, leichte Schüttelfröste stellten sich ein, die Temperatur blieb dauernd hoch, die Schmerzen beim Schlucken vermehrten sich und zogen sich bis in die oberen Rückenpartien. Eine erneute vorsichtige Sondierung erweckte in mir jetzt das Gefühl, als glitte die Sonde über eine Prominenz hinweg, deren Berührung vom Kranken als äusserst schmerzhaft geschildert wurde.

Ich muss sagen, dass meine ursprüngliche Vermutung, als handle es sich um ein Karzinom, mir jetzt berechtigte Zweifel erweckte; viel näher lag die Annahme, dass ein Abszess der Oesophaguswand oder eine Mediastinitis mit Hervorwölbung einer bestimmten Partie des Oesophagus vorläge, welche Folgerung um so berechtigter erschien, als wenige Tage später ein Ereignis eintrat, das meine Annahme zu rechtfertigen schien. Patient hatte unter andauernd hohem Fieber starken Husten bekommen, gegen den alle Narcotica (Morphium, Dionin, Heloin) erfolglos blieben.

Eine genaue Untersuchung der Lungen ergab ausser einer geringen Dämpfung der linken Lungenspitze nichts Besonderes. In der Nacht auf den 23. August hustete Patient plötzlich etwa ½ Liter reinen gelben Eiter aus, wonach sofort grosse Erleichterung eintrat und die Temperatur bis zum nächsten Vormittag bis auf die Norm sank. Eine Untersuchung des Auswurfs ergab nichts Besonderes, auch war derselbe keineswegs übelriechend. Gegen die Annahme, dass ein Abszess, der vom Mediastinum ausging, in einen Hauptbronchus durchgebrochen war, schien solange nichts zu sprechen, als nicht nach mehreren Tagen das Krankheitsbild sich wiederum änderte. Anstieg der Temperatur, unregelmässiger Typus derselben, wiederum beginnende Schmerzen, Schlaflosig-

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
DEC 27 1904

keit infolge von Hustenreiz und Aenderung in der Beschaffenheit des Sputums. Letzteres bestand aus einer wiederlich süsslich riechenden eitrigen Masse von schmutzigbraun-grüner Farbe. Eine erneute Untersuchung derselben (Dr. Krannhals) ergab keine Tuberkelbazillen und keinerlei sonstigen pathologischen Elemente, ausser Eiter. Gegen eine erneute Untersuchung mit der Sonde sträubte sich Patient energisch, so dass davon abgesehen werden musste. Anfang September giebt Patient an, dass er beim Husten über dem linken Schulterblatt und unter dem linken Schlüsselbein Schmerzen empfinde. Eine erneute Untersuchung der Lungen ergiebt l. h. o. Dämpfung bis zur Spina scapulae, l. v. o. desgleichen bis zur II. Rippe, auskultatorisch abgeschwächtes Atmen, nur sehr vereinzeltes Giemen; der Perkussionsschall ist leicht tympanitisch. Wir hatten es hier offenbar mit einer Aspirationspneumonie zu tun, die subakut verlief. Anzeichen einer circumscripten Pleuritis waren nicht vorhanden, Cavernensymptome fehlten. Sputumuntersuchung verlief wiederum negativ. Eine Röntgendurchleuchtung des Brustkorbes ergab zweifellos eine Schattenbildung, die ihrer Konfiguration etwa dem perkutorisch festgestellten Dämpfungsgebiet entsprach. Dieser Befund legte die Vermutung nahe, dass in der Tiefe des Oberlappens eventuell ein Prozess vonstatten gehe, der zur Abszessbildung führen könne und einem operativen Eingriff Erfolg verheisse, vorausgesetzt nämlich, dass der gedachte primäre Herd im Mediastinum zur Ausheilung gelange, was immerhin möglich schien. Diese Hoffnung liess die Operation indiziert erscheinen und zwar tat Eile not mit Rücksicht auf die schwindenden Kräfte des Patienten. Ferner waren Haemoptoen eingetreten, die ihrerseits der an und für sich schon spärlichen Nahrungszufuhr Beschränkungen auferlegten, und ausserdem in mir die Befürchtung wachriefen, dass durch Arrosion eines grösseren Gefässes eine sofort tödliche Blutung hätte erfolgen können. Gänzlich aussichtslos war unter den angeführten Gesichtspunkten die Operation nicht, ohne Operation war das Ende unvermeidlich. Von seiten des Herzens lag keine Gefahr vor, da die Herzaktion stets befriedigend gewesen war. Eine eingehende nochmalige Generaluntersuchung ergab keine Beweise für einen karzinomatösen Prozess — nirgends Drüsen, keine Veränderungen an der Milz, vielleicht eine geringe Resistenz des Leberrandes, dabei ein durchaus befriedigendes Schluckvermögen für dünnbreiige Speisen — kurz das Resultat der Beratung war das, dass Herr Kollege von Bergmann nach sorgfältigster Erwägung sich entschloss, die Operation auszuführen. Dieselbe fand am 19. September auf seiner Abteilung statt: Eukaininfiltration nach Schleich, Probepunktion l. v. o. ohne Resultat, darauf Resektion eines 5 Ctm. langen Stückes der II. Rippe. Punktion der Lunge giebt keinen Eiter; darauf Entfernung des sternalen Rippenendes in einer Länge von 2 Ctm. Wiederum kein Eiter. Pleura visceral mit Schwarten bedeckt. Entfernung derselben mit dem scharfen Löffel. 23. September. Sputum schokoladefarbig, fader süsslicher Geruch. 28. September. Röntgendurchleuchtung: Schatten links vom Sternum über der II. und III. Rippe. Auskultatorisch daselbst Rasseln, zum Teil unbestimmtes, zum Teil deutlich bronchiales Atmen. Zugleich trat Aphonie ein und ergab die laryngoskopische Untersuchung eine Lähmung des l. Stimmbandes. 5. Oktober. Patient wird auf Wunsch entlassen. Zu Hause schien Patient sich anfangs erholen zu wollen, ja er fühlte sich einige Tage so gut, dass er aufstehen wollte. Sehr störend für ihn war neben der vollkommenen Stimmlosigkeit eine von Tag zu Tag sich steigernde Schwerhörigkeit. Allmählich wurde auch der Puls schlecht, unerträgliche Schmerzen stellten sich ein, deren Sitz Patient in die Sternalgegend verlegte und am 6. November trat unter Anzeichen von Herzschwäche der Tod ein.

Die Sektion, die im Beisein der Herren Kollegen Krannhals und Hampeln vor sich ging, ergab folgenden Befund:

Hochgradige Abmagerung, gelbliches Hautkolorit. In der Gegend der 2. Rippe eine ca. 11 Ctm. lange etwa 4—5 Ctm. breite Operationswunde, auf deren Grunde eitrig belegte Substanz sichtbar ist. Rechte Lunge normal gelagert, seitlich adhaerent. Linke Lunge von der III. Rippe an nach oben fest verwachsen, nach unten frei, stark retrahiert. In der Pleurahöhle etwa 100 Cbctm. trüben Serums. In Pericard ca. 100 Cbctm. dünne fibrinös-eitrige Flüssigkeit. Die Spitze der l. Lunge mit der Costalpleura fest verwachsen. Rechte Lunge ödematös, am Hilus derselben eine etwa wallnussgrosse, offenbar karzinomatöse Drüse. Nach Herausnahme des Oesophagus, der Trachea und der linken Lunge, präsentieren sich etwa klein-apfelgrosse Tumormassen an der hinteren rechten Seite der Trachea, den Oesophagus ein wenig nach links drängend. Dieser Partie entsprechend, erscheint der Oesophagus durch eine Neubildung zerstört. Statt der normalen Schleimhaut findet sich eine markig-weisse, zerfliesslich-weiche Geschwulstmasse. Die Weite des Oesophagus an dieser Stelle beträgt 7 Ctm., während seine Weite oberhalb und unterhalb der Geschwulstpartie 4 Ctm. beträgt. Die Ausdehnung der ganzen krebsig entarteten Partie in vertikaler Richtung beträgt 7—8 Ctm.; das untere Ende derselben ist vom zackigen Rande der Cardia 16 Ctm. entfernt. — Die Schleimhaut der Trachea an der der Geschwulst des Oesophagus zunächst gelegenen Partie ist weisslich-flockig, höchst wahrscheinlich als Ausdruck regionärer Metastasen. Im Anfangsteil des linken Hauptbronchus, c. 1 Ctm. von der Bifurkation entfernt, lässt sich durch eine kleine Oeffnung weissliche dickbreiige Geschwulstmasse hervorpressen und entspricht diese Stelle einer etwa pflaumengrossen Geschwulstpartie, welche in kontinuierlichem Zusammenhang mit dem zerfallenen Teil des Oesophagus steht. Die Tumormassen nehmen den hinteren Teil des Mediastinums ein, und reichen bis über die Bifurkation der Trachea hinaus, sich von hier aus bis in den Hilus der linken Lunge hineinerstreckend. Ein grösserer Abszess ist nicht vorhanden. Der linke Bronchus erscheint nicht komprimiert, während die feineren Bronchien bis in die feinsten Verzweigungen hinein dilatiert erscheinen, was darauf zurückzuführen ist, das intra vitam eine Stenosierung des linken Hauptbronchus bestanden hat.

Auf der Schleimhaut der Bronchien ein graubräunliches Sekret. Lungensubstanz (linke Lunge) zum grossen Teil verdichtet, putrid pneumonisch.

Herz: Aortenklappen normal, am Anfangsteil der Aorta einige opake Flöckchen. Das ganze Endocard sonst normal. Aeusseres Pericardblatt verdickt; vorderes Mediastinum normal.

Milz: Weich, gross, septischen Charakters. Am linken Leberlappen, an der vorderen Fläche Metastasen. Im Mesenterium gleichfalls vereinzelte Metastasen. Nirgends sonst Drüsen.

Anatomische Diagnose: Neoplasma oesophagi (die mikroskopische Untersuchung ergab Karzinom), perforiert in den linken Bronchus. Kein Abszess. Indurative Pneumonie des linken Oberlappens, fibrinös-eitrige Perikarditis.

Was diesen Fall von Oesophaguskarzinom so auszeichnet, war einmal der akute Beginn, der jede andere Deutung ohne weiteres zuliess, und ebenso der weitere Verlauf der Erkrankung, der geeignet erschien, Folge-

Digitized by Google

rungen zuzulassen, die nachher sich als irrig erwiesen. Ich glaube nicht, dass Fälle, wie der eben geschilderte, dem Arzt allzu häufig in der Praxis begegnen dürften, und muss das umsoeher annehmen, als auch die mir zugängige Literatur nur spärliche Ausbeute bot. Dies gilt auch besonders von der unter dem Bilde einer subacut verlaufenen Pneumonie des linken Oberlappens stattgehabte Komplikation. Die pathologische Anatomie mag ähnliche Prozesse genauer kennen, dem Kliniker aber stellen sich doch intra vitam grosse Schwierigkeiten bei der Beurteilung solcher Fälle in den Weg.

Literatur:

Fränkel: Lungenkrankheiten.

E. Wagner: Beitrag zur Kenntnis der subakuten und chronischen Pneumonien. D. A. f. kl. Medizin. Bd. XXXIII.

Die chemische Analyse des Sputums.

Schon bei den ersten Untersuchungen des Sputums mit chemisch quantitativen Methoden leuchtet die Wichtigkeit solcher Untersuchungen für die Behandlung entsprechender Kranker ein. Ich will darum auf meine Untersuchungen hinweisen. Russland ist nun das Land, in welchem nächst Frankreich die ausführliche Urinanalyse die weiteste praktische Verbreitung gefunden hat. Russische Gelehrte waren es auch, welche meinen Kotanalysen das meiste Interesse entgegenbrachten. In Russland werden auch die chemischen Sputumanalysen voraussichtlich das meiste Interesse finden, während in Deutschland wohl die bakteriologische Untersuchung des Sputums vorherrschend bleiben wird. Die bakteriologische Diagnose kann aber zum grossen Teil aus der klinischen Beobachtung abgeleitet werden, während für jede dieser Diagnosen mehr oder weniger die drei Arten Sputum, nämlich schleimiges, eitriges oder seröses, vorkommen können und dann eine sehr verschiedene Prognose ergeben. Die Mischformen dieser drei Sputa können aber bisher keinen praezisen Ausdruck finden. Dies wird durch die Zahlen der chemischen Analysen möglich.

In meinen folgenden Ausführungen soll also ganz davon abgesehen werden, ob Koch'sche Tuberkelbazillen, Fraenkel-Weichselbaum'sche Pneumokokken oder Influenzastäbchen gefunden werden. Auch die Charcot-Leyden'schen Krystalle, Curschman'schen Spiralen und elastischen Fasern sind in der von mir angestrebten Richtung höchstens Nebenfunde. Denn auch diese Gebilde lassen sich nicht in Zahlenangaben ausdrücken und ergeben somit keine messbaren und vergleichbaren Werte, wie wir sie in Pulszahl, Atmungszahl und Temperaturgraden sowie vielem anderen besitzen. Die Plattenepithelien, Flimmerepithelien, Alveolarepithelien, Myelintröpfchen, rote und weisse Blutkörperchen sowie die Krystalle von Haematoidin oder kohlensaurem Kalke geben auch nur ungenügende Charakteristik zur Unterscheidung der verschiedenen Sputa.

Eine brauchbare Einteilung der Sputa muss darauf Bedacht nehmen festzustellen, ob zunächst nun eine Vermehrung und Beschleunigung in der physiologischen Abstossung der Epithelien erfolgt. Dies würde das rein schleimige Sputum darstellen. Ein zweiter Grad ist es, wenn die Schleimabsonderung nicht vermehrt, aber die Schleimhaut in einer Art erkrankt ist, dass eine massenhafte Auswanderung und Absterben von Eiterkörperchen erfolgt. Beim dritten Grad erfolgt weder wesentliche Schleimabstossung noch wesentliche Eiterbildung, sondern es erfolgen wesentlich seröse Transsudate in die kleinsten mit der Aussenwelt in Verbindung stehenden Hohlräume. Diese drei Formen sind als schleimiges, als eitriges und als seröses Sputum zu bezeichnen und ergeben einen guten Ausdruck für pathologisch-anatomische Krankheitsformen der Schleimhäute, welche Virchow scharf charakterisiert hat.

In der Praxis gehen diese drei Formen durch Mischformen in einander über. Es ist aber immer von Bedeutung angeben zu können, mit wieviel Prozent seiner Zusammensetzung ein vorliegendes Sputum ein schleimiges, zu wie viel ein eitriges und zu wieviel ein seröses ist. Wenn es uns chemisch glückt, jedes dieser reinen Sputa zu analysieren, so können wir mehr oder weniger genau nach der Mischungs- und Teilungsrechnung auch ein beliebiges analysiertes Sputum nach Prozenten in seine zwei oder drei Komponenten zerlegen. Solche Feststellungen sind im einzelnen Falle nicht ohne diagnostisch-prognostische Bedeutung. Dieselben können auch therapeutische Fingerzeige ergeben. Bei Wiederholung im gleichen Erkrankungsfalle geben sie auch Aufschluss über den Erfolg oder Misserfolg der Therapie resp. über den weiteren Verlauf der Erkrankung.

Für den Arzt sind solche Untersuchungen äusserst wertvoll. Aber auch der Kranke ist dankbar dafür. Denn der Kranke wünscht eine genaue Untersuchung und wenn er irgendwie finanziell in der Lage ist, so ist der Kranke auch gerne bereit, die Kosten dieser Untersuchung zu tragen. Jedenfalls erscheint sowohl für die Einsicht des Arztes wie des Kranken eine chemische Sputumuntersuchung rationeller, als wenn, wie ich auch schon hörte, ut aliquid fiat, ein Patient mit starkem Auswurf röntgographiert wird.

Der Arzt kann allerdings die chemische Untersuchung des Sputums nicht vornehmen, da gerade die wichtigsten Untersuchungspunkte die Einrichtung eines chemischen Laboratoriums erfordern und zwar Einrichtungen des Nahrungsmittelanalytikers. Ein solches Laboratorium ist in jeder grösseren Stadt vorhanden [1]). Dort kann nach entsprechender Rücksprache die Untersuchung durchgeführt werden. Nach dieser Einleitung will ich zur Analyse des Sputums selbst übergehen.

Die chemisch-analytische Unterscheidung zwischen schleimigem, eitrigem und serösem Sputum besteht darin, dass aus dem Schleime hohe Mengen reduzierender Substanz abgespalten werden können, dass eitrige Massen hohe Mengen Phosphor und Serum, hohe Mengen Albumine enthalten. Diese drei Untersuchungen müssen somit den Kern der chemischen Analyse des Sputums ergeben.

Um die Zersetzung des Sputums zu vermeiden und doch die Hauptstunden des Auswurfes einzuschliessen, lasse ich 18 Stunden ungefähr vom Nachmittag bis zum anderen Morgen in ein gewogenes verschliessbares Glas mit abgemessenem Inhalt sterilisierten destillierten Wassers alles Sputum sammeln. Durch diese zeitliche Abgrenzung kann in den Mittagsstunden noch die Untersuchung begonnen werden. Festgestellt: wird die Menge in der gegebenen Zeit in Grammen, die Trockensubstanz in Prozenten der Gesammtmenge, ferner die Prozente an invertierbaren, reduzierenden Substanzen (Glukosamin), an Phosphorsäure der Asche und an koagulierbaren Albuminen. Die letzteren drei Befunde werden auf Trockensubstanz berechnet.

Von meinen bisherigen Befunden war das höchste Ergebnis an reduzierenden Substanzen als Dextrose berechnet 20,16%, der Trockensubstanz und das niedrigste 0,338%. Für Phosphorsäure ergaben sich in gleicher Weise als Grenzen 10,44 und 1,83%. Entsprechende seröse Sputa standen mir noch nicht zur Verfügung, so dass ich keine Albuminzahlen mitteilen kann. Der Trockensubstanzgehalt schwankte zwischen 2,13 und 7,55%. In der Literatur finden sich ausserdem Angaben über das spezifische Gewicht des Sputums bei 60° zwischen 10043 und 10375.

Schon diese wenigen Zahlenangaben zeigen, in welch weiten Grenzen die chemische Zusammensetzung des Sputums schwankt, und dass die chemische Analyse des Sputums ein dankbares Feld der Forschung ergiebt.

Therapeutisch scheint bisher bei hohem Mucingehalt zum Ersatz der verlorenen Stoffe Liquiritia, Althaea und ähnliches, bei hohem Phosphorverlust organisch gebundener Phosphor indiziert. Auf Einzelheiten kann auch hier nicht eingegangen werden, da die ganze Mitteilung doch nur als vorläufige betrachtet werden muss.

Bad Neuenahr, Rheinpreussen.

Oefele.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 22. März 1905.

Vorsitz.: Blessig. Sekretär (stellv.): O. Moritz.

Fick: Zur Kasuistik der Perforationen des Ulcus ventriculi et duodeni. (Autoreferat nicht eingelaufen.)

[1]) In St. Petersburg ist mir in dieser Beziehung Professor von Poehl bekannt.

Digitized by Google

Diskussion:

Westphalen: Die Ulcusperforationen sind doch wohl nicht so selten, wie es Leube angiebt. W. verfügt über 400 Ulcusfälle mit — im Minimum — 12 sichergestellten Perforationen. 2 davon erfolgten bei leerem Magen, die beide mit Heilung des Ulcus unter Hungerkur abliefen. Bezüglich der von Boas betonten Alkoholanamnese für das Ulcus duodeni und der angeblich geringeren Hyperacidität des Magensaftes bei diesem Leiden gegenüber dem Ulcus ventriculi, erscheint es W. nicht richtig, eine prinzipielle Scheidung vornehmen zu wollen, um so mehr als Magen und Duodenum bis zur Papilla Vateri physiologisch eng zusammen gehören. Die Hyperacidität ist annähernd dieselbe bei beiden Lokalisationen des Ulcus, wie W. in Uebereinstimmung mit Mathieu und einem englischen Autor hat nachweisen können. Die Alkoholanamnese hat W. in seinen Fällen vermisst. Es ist auch praktisch eine Differentialdiagnose zwischen Ulcus ventriculi und duodeni belanglos.

Für die Perforationsdiagnose ist zuweilen ein Symptom wertvoll, welches vor einigen Jahren von W. Weber in d. Berl. klin. Woch. beschrieben wurde und welches darin besteht, dass bei Luftanwesenheit in der Bauchhöhle der Pectoralfremitus auf das Abdomen fortgeleitet wird.

Albanus: Ein weiteres Symptom für die Luftansammlung im Abdomen ist von einem französischen Autor angegeben und besteht in dem Hörbarwerden des Vesikuläratmens über dem Bauche; zuweilen scheint dieses Symptom jedoch auch schon bei starkem Meteorismus der Därme vorzukommen.

Prof. Tiling macht darauf aufmerksam, dass die Mortalitätsziffer sich schon in den ersten 12 Stunden für die Operation des perforierten Ulcus von Stunde zu Stunde rapid steigert. Aetiologisch lässt sich für manche Fälle mit Sicherheit eine Magenüberladung für die Perforation beschuldigen, wie es auch in einem Falle nachgewiesen werden konnte, dessen Präparat T. vor einigen Jahren hier im Verein demonstriert hat. Bezüglich der Lage des Appendix ist zu betonen, dass derselbe niemals extraperitoneal im Bindegewebe liegt, ebenso wenig wie dieses beim Duodenum der Fall ist. Die Darmteile haben stets ihren Peritonealüberzug mit sich, so dass von einer extraperitonealen Operation des Colon ascendens nicht die Rede sein kann. Kocher hat diese Frage für das Duodenum sichergestellt und dieselben Verhältnisse liegen auch beim Appendix vor.

Schmitz fragt, ob nicht in dem referierten Fall ein Taxisversuch der vermeintlichen Inguinalhernie am Platz gewesen wäre. Er könne sich nicht ganz damit einverstanden erklären, dass (energische) Repositionsversuche bei incarcerierten Hernien unterlassen wurden.

Dobbert: Der bei Ulcusperforationen vorkommende Schmerz im Epigastrium tritt auch bei allen vom Genitalapparat ausgehenden Peritonitiden auf, so dass ihm differentialdiagnostisch kein grosser Wert zuzusprechen ist.

Fick hat das Ulcus ventric. und duodeni nicht prinzipiell scheiden wollen, sondern nur betont, dass die Diagnose bei ersterem leichter ist. Die Alkoholanamnese des Ulcus duodeni findet sich in allen englischen Arbeiten. Bezüglich der Hyperacidität findet sich auch schon bei Mikulicz die Angabe, dass die Verhältnisse darin bei Magen- und Duodenalulcus gleich seien. Zur Prozentberechnung der Perforationen ist zu bedenken, dass, falls keine Autopsie stattgefunden, die Diagnose zuweilen doch angestritten werden könnte.

Westphalen: Bei meinen Fällen handelt es sich um Sektionsdiagnosen.

Fick: Zu den Ausführungen von Prof. Tiling ist zu sagen, dass der Appendix in dem referierten Fall dem Colon ascendens dicht anlag und mit ihm verklebt war. Er hatte kein Mesenteriolum. Damit sollte nicht gesagt sein, dass er extraperitoneal liege. Bezüglich der Repositionsversuche bei incarcerierten Hernien wird im Alexander-Hospital so verfahren, dass der Patient erst ein warmes Bad erhält, wobei ein Taxisversuch vorgenommen wird, woran — bei Misserfolg — eventuell eine Behandlung mit einem Eisbeutel angeschlossen wird. Dieses geschah auch im vorliegenden Fall. Nur forcierte Repositionsversuche werden nicht gemacht.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 19. Januar 1905.

1. Herr Dr. Bosse hält seine angekündigten Vorträge:

a. «Ueber einen klinisch interessanten Fall von Oesophagus-Karzinom».

(Ist an der Spitze der heutigen № abgedruckt).

In der Diskussion führt Dr. P. Klemm aus, dass durch die Sondierung Verletzungen des Oesophagus vorkommen; er hat dies bei Kindern mit Oesophagusstrikturen gesehen; in einem Falle wurde durch das Sondieren die Striktur ganz impermeabel, es trat dicht an der Clavicula eine fluktuierende Stelle auf, ein perioesophagischer Abszess; es musste eine Magenfistel angelegt werden und die Striktur später durch einen Gummidrain erweitert werden.

Dr. P. Hampeln referiert, dass er zu diesem Falle in einer früheren Periode der Erkrankung konsultiert worden sei; er habe damals geglaubt, dass es sich wahrscheinlich um ein hochsitzendes Oesophagus-Karzinom mit sekundärer Beteiligung des Mediastinums handele. Er sieht das Ungewöhnliche des Falles nicht in dem Uebergreifen auf den Oberlappen der Lunge, sondern in dem Zurücktreten der gewöhnlichen Erscheinungen, der Stenosenerscheinungen; die Perforationserscheinungen überwiegen hier, auch dies sei selten. Bei hochsitzenden Karzinomen habe er dies jedoch beobachtet, gerade diese Karzinome perforieren rasch und dadurch würden die Stenosenerscheinungen in den Hintergrund gerückt. Klinisch lagen hier keine Stenosenerscheinungen vor und deshalb war die Diagnose schwierig. Man musste annehmen, dass es sich um einen Abszess handele, als Ursache dafür nahm er ein Oesophagus-Karzinom an. Unter ca. 60 Todesfällen an Karzinoma oesophag. habe er 10 mal die Perforation gesehen und zwar habe er 10 mal mediastinale Eiterungen resp. Gangrän gesehen; davon richtige Abszesse 5 mal; 3 mal wallnussgross, 2 mal gänseeigross, und einen Abszess, umgeben von alten Schwielen, kombiniert mit Lungenabszess.

Eine Perforation in den linken Bronchus lag in diesem Falle jedoch nicht vor; bei der Sektion (von ihm im Verein mit Dr. Krannhals u. Dr. Bosse gemacht) lag freilich eine Perforation vor, jedoch nur eine ganz kleine und nicht die angenommene; es müsse sich hier um Eiteransammlungen im *dilatierten* Bronchus gehandelt haben unter dem klinischen *Bilde* eines Abszesses; dies sei das Ungewöhnliche des Falles. Ungewöhnlich sei auch dies, dass sich anatomisch keine Stenose fand, doch decke sich seiner Ansicht nach der anatomische Befund nicht immer mit dem klinischen; während des Lebens wird der linke Bronchus hochgradig komprimiert gewesen sein, ohne dass dies anatomisch nachweisbar war.

Dr. v. Bergmann betont, dass hier tatsächlich kein Abszess vorgelegen habe; das Röntgen-Bild und das klinische Bild haben ihn irregeführt. Bei der Operation war nirgends Eiter zu erreichen. Bei Oesophag.-Karzinomen mit Strikturen sei die Sonden-Behandlung ja auch oft die einzige indizierte und sähe man ja auch davon Erfolg.

Dr. P. Klemm erwidert, er habe nur im allgemeinen gesagt, dass durch Sondierungen sich später ein Abszess entwickeln könne, aber nicht den konkreten Fall gemeint. Sodann fragt er an, ob die Eiteransammlung nicht nur eine Episode war.

Dr. v. Bergmann entgegnet, dass die Eiterexpectoration mehrere Male geschah, vorher war die Temperatur stets höher.

Dr. Voss giebt der Ansicht Ausdruck, dass es sich doch um einen Abszess bei Lebzeiten gehandelt haben könne, da im Sektionsprotokoll von einem Hohlraum, umgeben von Karzinommassen, kommunizierend mit dem Bronchus gesprochen werde.

Dr. Hampeln widerspricht dieser Ansicht, er hat keinen Abszess gefunden, jede Entzündung im Mediastinum war hier ausgeschlossen; im übrigen halte er jede diagnostische Sondierung für absolut ungefährlich, eine Sondierung jedoch, welche eine Verengerung zu passieren sucht, ist natürlich mit einer Gefahr verbunden.

Dr. Schabert findet, dass die Deutung des Falles auch nach der Sektion noch nicht einwandsfrei sei. Die Meinungen der sich äussernden Kollegen teilten sich in der Annahme eines Mediastinal-Abszesses, eines Lungen-Abszesses, einer Eiteransammlung im Bronchus. Nicht erwogen ist seiner Meinung nach die Möglichkeit eines Empyems, welches mit

Digitized by Google

dem Oesophagus vielleicht zusammengehangen hat, vielleicht auch nicht. Am rechten Oberlappen sei eine Dämpfung konstatiert worden. Die Annahme eines Empyems wäre die 4. Möglichkeit. Auch vermisst er eine genaue Untersuchung der expectorierten Eitermassen.

Dr. Bosse zitiert Fränkel, welcher mehrere Fälle veröffentlicht hat, wo durch eine ganz kleine perforierte Stelle im Oesophagus sich ein Abszess gebildet hätte.

Dr. Hampeln bestreitet, dass man bei der Sektion Eiter gefunden habe, es müsse bei der Protokollierung ein Versehen vorgelegen haben.

b. Dr. Bosse hält seinen 2. Vortrag: «Ueber einen Fall von arteriosklerotischer Schrumpfniere mit Endarteriitis trombotica pulmonaris».

(Erscheint ebenfalls in der St. Petersb. mediz. Wochenschr.).

Dr. Hampeln betont, die Sektion habe ergeben, dass die klinische Annahme berechtigt war. Es hätte sich um eine genuine und eine arteriosklerotische Schrumpfniere handeln können; die hochgradige Hypertrophie des linken Ventrikels war dadurch zu erklären; die Erkrankung der Lunge kann nur sekundär zum Bilde beigetragen haben. Es bestand immer ein hoher Blutdruck. — Die Arteriosklerose mit Nierenschwund wurde durch die Sektion bewiesen. Auffallend war, dass die Hypertrophie des rechten Ventrikels so gering war, derselbe muss insuffizient gewesen sein; vielleicht ist in der sehr starken Hypertrophie des linken Ventrikels ein intracardiales Hindernis für die Hypertrophie des rechten Ventrikels zu sehen.

Dr. Schabert nimmt an, dass die partielle Thrombose der pulmonaris sub finem vitae entstanden ist und daher wohl von keiner Bedeutung für das langdauernde Leiden gewesen sei. Bei der Untersuchung der Nieren habe er nicht den Eindruck gehabt, als ob die Nierensklerose auf arteriosklerotischer Basis so vorgeschritten sei, dass sie allein für das Zustandekommen des ganzen Krankheitsbildes verantwortlich zu machen sei. Er nehme als eigentliche Krankheitsursache eine allgemeine Arteriosklerose an. Von diesem Gesichtspunkte aus zähle er die Fälle, wie den eben referierten, nicht zu den häufigen Erscheinungen, obwohl die Arteriosklerose auch im Sinne der Todesursache heute von Laien und Aerzten häufig angegeben wird. Der nosologische Begriff der Arteriosklerose und der anatomische decken sich nicht; ersterer sei konventionell, indem diejenigen Fälle von Herzhypertrophie zur Zeit der Arteriosklerose zur Last gelegt werden, die eine andere, eindeutige Ursache für die Hypertrophie des l. Ventrikels nicht zulassen (Klappenfehler, Myocarditis, sekundäre Schrumpfniere). Von diesem Gesichtspunkte aus könne er beispielsweise unter 551 Sektionen des verflossenen Jahres nur 7 Fälle als Arteriosklerose ansprechen, die als Todesursache zu gelten haben oder gelten können. Ungewöhnlich sei es, dass Personen im mittlern Alter und unter günstigen Lebensbedingungen, wie im vorliegenden Fall, an universeller Arteriosklerose zugrunde gehen; darin stimme er dem Vortragenden völlig bei. Häufiger als die universelle und unkomplizierte Arteriosklerose führe die lokalisierte Arteriosklerose zur tödtlichen Katastrophe (Koronarsklerose, Gehirnhaemorrhagie).

(Autoreferat).

Dr. Hampeln wendet Schabert gegenüber ein, dass nach seiner und wie er glaube, auch allgemein gültigen Anschauung die Hypertrophie des linken Ventrikels auftrete 1) bei der Schrumpfniere, 2) bei hochgradiger Arteriitis der Aorta oberhalb des Zwerchfells und endlich bei Alkoholikern, auch unabhängig von der Arteriosklerose. — In betreff der Schabert'schen 7 Fälle von Arteriosklerose käme doch noch in Frage, ob es sich nicht da um Trinker gehandelt habe. Was die Veränderungen der Pulmonalis betrifft, so handelt es sich hierbei nach seiner Erinnerung in diesem Fall, und nach allgemeiner Erfahrung um einen höchst ungewöhnlichen Fall von multipler, insularer Endarteriitis des rechten Astes der Art. pulmonalis und ausgedehnter Gefässthrombosis im rechten unteren Lungenlappen, jedenfalls um keine blos «finale» Erscheinung. In dieser Gefässlaesion erblickte er auch den Grund der klinischen pulmonalen Erscheinungen rechterseits. Genaueres für oder wider diese Auffassung könne natürlich nur die mikroskopische Untersuchung ergeben.

(Autoreferat).

Dr. Schabert erwidert, dass der Alkohol an sich nicht zu Herzhypertrophie führe, es sei denn, dass er Arteriosklerose erzeuge; diese sei aber der Gesamtausdruck der ganzen Summe von Schädlichkeiten und Arbeitsleistungen, die den Organismus betreffen. Im einzelnen werden sich unsere Vorstellungen erst klären, wenn, nach Ueberwindung der hergebrachten mechanischen Lehre des Zirkulationsvorganges, die modernere Vorstellung von der funktionellen Einheit von Herz und Gefässsystem geklärt sein werde.

(Autoreferat).

d. z. Sekretär Dr. Theodor Schwartz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der dem Kaiserlichen Hauptquartier zugezählte Leibchirurg des Hofes Seiner Kaiserlichen Majestät, Geheimrat Dr. Pawlow, ist zum beratenden Mitgliede des militär-medizinischen gelehrten Komitees ernannt worden, unter Belassung in den von ihm bekleideten Aemtern und in der Hofwürde.

— Am 16./29. September beging der Altmeister der Ohrenheilkunde, Professor Dr. Adam Politzer in Wien, seinen 70. Geburtstag.

— Die Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga hat in ihrer Sitzung am 17. September, an Stelle des statutenmässig ausscheidenden Dr. F. Voss, den Dr. Paul Klemm, Ordinator der Dr. v. Haken'schen Kinderambulanz des Roten Kreuzes und Chirurg am Armitstead'schen Kinderhospital, zu ihrem Präses gewählt.

— Der Negus von Abessinien hat dem Ober-Militär-Medizinalinspektor, Leibmedikus Dr. Nikolai Speranski und dem Gehülfen des Chefs der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Peter Heinz — den Aethiopischen Stern II. Klasse mit dem Stern, sowie dem Gehülfen des Militär-Medizinalinspektors des Petersburger Militärbezirks Dr. J. Lebedew und dem Abteilungschef der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Nikolai Germanow — den Aethiopischen Stern II. Klasse verliehen.

— Dem Begründer der Weltsprache «Esperanto», Dr. Samenhof in Warschau, ist, wie verlautet, der Orden der französischen Ehrenlegion verliehen worden.

— Professor Robert Koch (Berlin) hat seine Trypanosomenstudien in Afrika beendigt und sollte am 3. Oktober n. St. seine Heimreise antreten.

— Die 4. internationale Tuberkulosekonferenz (Vorsitzender Prof. Dr. Brouardel — Paris, Generalsekretär Prof. Dr. Panwitz — Berlin), an welcher sich 21 Länder beteiligten, hat in ihrer Schlusssitzung die neugestiftete Tuberkulosemedaille den Professoren Robert Koch (Berlin) und Paul Brouardel (Paris) in Gold, sowie Bang (Kopenhagen) Biggs (New-York), Broadlent (London) und v. Schroetter (Wien) in Silber zuerkannt.

— Verstorben: 1) Am 13. September in St. Petersburg der jüngere Arzt des Donischen Infanterieregiments Dr. Johann Aparin, im 26. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher erst im vorigen Jahre die Venia practicandi erlangt hatte, hat sich mit Morphium vergiftet. 2) Am 8./21. September in Berlin der russische Arzt Joseph Maschin aus Moskau, der einen seiner Kranken nach Berlin zur Konsultation dortiger Aerzte begleitet hatte, in Berlin aber plötzlich selbst unter Anzeichen von schwerem Ikterus erkrankte und in einer Poliklinik, wohin er auf eigenen Wunsch gebracht worden war, bald nach der Aufnahme starb. Nach dem Gutachten der Aerzte der Klinik ist es wahrscheinlich, dass er sich die Krankheit durch den Genuss von irgendwelchen giftigen Speisen zugezogen hat. 3) In Ardatow (Gouv. Nishni-Nowgorod) der dortige Kreisarzt Dr. Alexander Plotnikow im Alter von 38 Jahren. Die ärztliche Tätigkeit hat der Verstorbene seit 1893 ausgeübt. 4) Am 6. August in Gagry (Kaukasus) Dr. Michael Strashewski im 47. Lebensjahre an Diabetes. Wie der Kollege Wyschogrod im «R. Wr.» mitteilt, diente der Hingeschiedene, nach Absolvierung seiner Studien in der militär-medizinischen Akademie i. J. 1883, als Militärarzt an einem Hospital in Wladikawkas, dann in Grodno, bis er 1893 wegen Krankheit seinen Abschied nehmen musste. Da er aber von der kärglichen Pension im Betrage von 23 Rbl. monatlich nicht leben konnte, so sah er sich genötigt, eine Arztstelle an der Eisenbahnlinie Samara-Slatoust anzunehmen, wo er 6 Jahre tätig war und den Ruf eines gewissenhaften Arztes genoss. Seine Frau ist ganz mittellos zurückgeblieben.

Digitized by Google

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Allerhöchst verliehen für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner:

Der St. Wladimirorden III. Klasse — dem älteren Arzt des Hauptquartiers des Kommandierenden der I. Mandschurischen Armee Dr. Nikolai Ssobolew und den Oberärzten der Charbinschen Hospitäler Nr. 11, resp. Nr. 14, Dr. Abraham Kanawer und Leo Dickstein. Der St. Annenorden II. Klasse mit Schwertern — dem Oberarzt des Tschernigowschen Dragonerregiments Dr. Zacharias Bluhm. Der St. Stanislausorden II. Klasse mit Schwertern — dem Oberarzt des 25. mobilen Feldhospitals Dr. Kasimir Knoll.

— Enthoben: Der Korpschirurg des III. sibirischen Armeekorps und ältere Ordinator des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals Dr. Hübbenet — der erstgenannten Stellung.

— Der Chef der Libauer freiwilligen Feuerwehr Dr. Heinrich Mey, welcher als Reservearzt auf dem Kriegsschauplatz fungiert, ist, wie die «Lib. Ztg.» hört, in Anerkennung seiner vielseitigen Kenntnisse auf dem Gebiete des Feuerschutzes, zum Mitgliede einer aus Offizieren und Ingenieuren bestehenden Kommission ernannt worden, der es obliegt, innerhalb den Nikolsker Garnison und der Hospitäler einen zeitgemässen Feuerschutz zu organisieren und Bestimmungen über die zweckmässige Ausnutzung der vorhandenen Löschgeräte etc. zu treffen.

— Das Evangelische Lazarett hat, einer Mitteilung der Geschäftsführung zufolge, im Bestande von 3 Aerzten, 16 Schwestern und 11 Sanitären mit 3 Waggons Gepäck am 20. September seine Rückreise angetreten und dürfte in ungefähr drei Wochen in Petersburg eintreffen.

Von Universitäten, med. Instituten u. Kongressen.

— Wie die «Russ» meldet, hat der Professor der Augenheilkunde an der Charkower Universität Dr. Leonhard Hirschmann auf inständige Bitten des Konseils der genannten Universität sein Abschiedsgesuch zurückgezogen.

— Der bekannte Pädiater, Prof. extraord. für Kinderheilkunde und Direktor der Kinderklinik der Universität München, Dr. Heinrich Ritter v. Ranke, wurde, unter Anerkennung seines langjährigen hingebenden und erspriesslichen Wirkens in diesen Stellungen, auf sein Ansuchen von der Verpflichtung, Vorlesungen zu halten und von der Direktion der Kinderklinik enthoben.

— Wie der «R. Wratsch» erfährt, hat der Konseil des hiesigen weiblichen med. Instituts den Prof. Dr. N. Batujew in Odessa aufgefordert, wieder den vakant gewordenen Lehrstuhl der normalen Anatomie im Institut zu übernehmen. Vor seiner Uebersiedelung nach Odessa bekleidete Prof. Batujew bekanntlich schon diesen Lehrstuhl im Institut.

— Der internationale Tuberkulose-Kongress ist am 4. Oktober n. St. im Grand Palais durch den Präsidenten der Republik Loubet eröffnet worden. Der Präsident des Kongresses Prof. Hérard (Paris) hielt die Begrüssungsrede. Der Kongress zählte 3500 Mitglieder und 1500 Aussteller. Der nächste Kongress wird im Jahre 1908 in Amerika stattfinden. Unter den zahlreichen Vorträgen und Referaten — es sollen 800 Vorträge und 40 Referate angemeldet gewesen sein — war es besonders eine Mitteilung Prof. Behrings über sein neues Schwindsuchtsheilmittel, die mit erklärlicher Spannung erwartet wurde. In der Schlusssitzung am 7. Oktober gab nun Prof. v. Behring eine Erklärung ab, in der er sagte, er sei im Laufe der letzten zwei Jahre dahin gekommen, mit Sicherheit die Existenz eines Heilprinzips zu erkennen, das vollständig verschieden sei von dem vor 15 Jahren von ihm beschriebenen antitoxischen Prinzip. Dieses neue Heilprinzip spiele eine wesentliche Rolle in der immunisatorischen Tätigkeit des Bovovaccin Behring, das seit vier Jahren sich bei der Bekämpfung der Rindertuberkulose erprobt habe. Das Prinzip beruhe auf der Durchdringung der lebenden Zellen des Organismus mit einer Substanz, die aus dem Virus der Tuberkulose herkomme und die von ihm TC genannt werde. Wenn das TC integrierender Bestandteil der Zellen des Organismus der damit behandelten Tiere geworden sei und durch diese Zellen eine Metamorphose erfahren habe, dann bezeichne er es mit der Formel TX. Im Tuberkulosebazillus bestehe das TC vorher als mit zahlreichen ausserordentlichen Eigenschaften ausgestattetes Agens. Im Tuberkulosebazillus versehe dieses Agens die Funktion der bildenden Substanz, und es könne andere Substanzen fixieren. Ferner besitze dieses Agens unter gewissen Bedingungen assimilatorische Eigenschaften, kurz — es stelle quasi das Lebensprinzip der Bazillen dar. Das TC übe im Innern der organischen Zellen eine symbiotische Aktion aus und sei die Ursache der gegen die Tuberkulose schützenden Reaktion. Professor v. Behring legte dann dar, wie viele Schwierigkeiten er habe überwinden müssen, ehe er zu dieser Auffassung der zellularen Immunität gelangt sei, u. fuhr fort, er glaube, dass die neue Methode berufen sei, die von der Schwindsucht bedrohten Menschen gegen die schädlichen Folgen der Tuberkuloseinfektion zu schützen. Seine Erfahrung habe ihn bestimmt, definitiv darauf zu verzichten, zu einem therapeutischen Zwecke Tuberkelbazillen in den menschlichen Körper einzuführen. Prof. v. Behring führte dann weiter aus: Es sei ihm durch Versuche in vitro gelungen, dem Organismus die immer lange und gefährliche Arbeit der Erzeugnisse des TC zu ersparen. Er habe die aktive Immunisierung in passive Immunisierung umgewandelt. Redner schilderte die grosse Freude, die er empfand, als der kausale Zusammenhang zwischen Impfung und Immunität ihm, dank unzähliger Versuche an Tieren, immer klarer wurde. Er setzte dann auseinander, wie er das TC von den Substanzen befreit habe, die seine therapeutische Wirkung verhindern. Die TC-Substanz, obwohl nicht vermehrungsfähig, besitze indessen die Fähigkeit, einen Tuberkel hervorzubringen, der nicht verkäst und niemals weich wird, sie entspreche genau der tuberkulösen Granulation Laënnecs. Er, Behring, habe sich durch Versuche an verschiedenen Säugetieren überzeugen können, dass TC ein Heilmittel bilden könne, das ohne Gefahr auch in der menschlichen Therapeutik angewendet werden könnte. Er werde den therapeutischen Teil seines Buches, der im nächsten Jahr erscheinen sollte, erst veröffentlichen, wenn die therapeutische Wirkungskraft und Unschädlichkeit seines neuen Heilmittels durch erprobte Kliniker erwiesen sei. Professor v. Behring schloss seine Darlegung, indem er an die Gelehrten appellierte, die therapeutische Wirkung seines Heilmittels an Tieren auszuproben. Er erinnerte daran, dass er schon im Jahre 1890 von seinem neuen Heilmittel gegen die Diphtherie Mitteilung gemacht habe, dass es aber trotz der Mitarbeit Dr. Roux' vier Jahre gedauert habe, bis die Wirkungskraft dieses Heilmittels erkannt wurde. Er wisse nicht, wieviel Zeit nötig sein werde, bis der praktische Wert seines Tuberkulose-Heilmittels festgestellt sei, aber er hoffe, dass der nächste Tuberkulose-Kongress beträchtliche Fortschritte in dem Kampfe gegen die Schwindsucht verzeichnen werde.

Epidemiologisches.

— Die Cholera im russischen Weichselgebiet hält sich in mässigen Grenzen. In der Zeit vom 23. bis 25. September sind nach den amtlichen Berichten nur in den Städten Lomsha und Lodz Neuerkrankungen vorgekommen und zwar 12 Erkrankungen mit 10 Todesfällen, während in den vorhergehenden 3 Tagen (20.—22. Sept.) 41 Erkrankungen und 12 Todesfälle registriert wurden. In den Städten Warschau, Wloclawek, Sandomir und in dem Lomshaschen, Masowezkischen und Ostrolenkaschen Kreise sind in der Zeit vom 23.—25. Sept. überhaupt keine Neuerkrankungen konstatiert worden. Im ganzen sind im Weichselgebiet vom Auftreten der Seuche bis zum 25. September 128 Personen an der Cholera erkrankt und 71 gestorben.

— Die Gesamtzahl der Cholerafälle in Preussen betrug bis zum 7. Oktober (24. September) 264, von denen 89 tödlich endigten.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der internationale italienische Preis «König Humbert I.» im Betrage von 2500 Lire für die beste Arbeit oder die beste Erfindung auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie aller Länder während der letzten fünf Jahre ist jetzt zum ersten Mal zur Verteilung gekommen. Zuerkannt wurde der Preis dem Dr. Oskar Vulpius, Professor der orthopädischen Chirurgie und Leiter der orthopädisch-chirurgischen Heilanstalt in Heidelberg, für seine Arbeiten auf dem Gebiete der Lähmungstherapie, insbesondere für sein Buch «Die Sehnenüberpflanzung und ihre Verwertung in der Behandlung der Lähmungen.» — Professor Vulpius hat die ihm zufallende Summe zum Besten eines im Grossherzogtum Baden zu errichtenden Krüppelheims zur Verfügung gestellt.

Digitized by Google

— Prof. Dr. Robert Koch (Berlin) hat von der Regierungsstation Amani in West-Usambara, wo er sich längere Zeit aufhielt, eine Reise nach Uganda angetreten. Dort wollte er seine bisherigen, sehr erfolgreichen Arbeiten über Trypanosomen und Tsetsefliegen durch das Studium der ebenfalls von der Tsetsefliege durch Trypanosomeninfektion zur Uebertragung gelangenden Schlafkrankheit zum Abschluss bringen. Am 3. Oktober sollte er von Mombassa aus die Heimreise antreten und am 23. Oktober in Berlin wieder eintreffen.

Wie von dort berichtet wird, ist Prof. Koch eine neue wichtige Entdeckung gelungen. Er hat die Verbreitungsweise des Rückfallfiebers aufgehellt. Der Erreger des Rückfallfiebers, eine Spirochaete, ist seit 1873 bekannt, wo sie von Otto Obermeier, der damals Assistent an der von Virchow geleiteten Krankenabteilung der Charité war, entdeckt wurde. Er stellte fest, dass die später nach ihm benannten Rekurrens-Spirillen sich in dem Blute des Rückfallfieberkranken unmittelbar vor dem Fieberanfall und während dieses vorfinden. Seine Feststellungen wurden alsbald während der Rückfallfieberepidemie von 1873 von Weigert, Litten. Birch-Hirschfeld, Engel u. a. bestätigt. Koch ist jetzt ein wesentlicher Schritt vorwärts in der Erkenntnis des Rückfallfiebers gelungen. Er hat festgestellt, dass wie bei der Malaria und dem Texasfieber auch beim Rückfallfieber die Uebertragung des Erregers von dem Fieberkranken auf Gesunde durch einen Zwischenwirt erfolgt. Dieser ist eine blutsaugende Zecke Ornithotorus Larigni. Die Uebertragung kommt dadurch zustande, dass die Zecke sich an der Körperoberfläche eines Rückfallfieberkranken festsaugt. Mit dessen Blut nimmt sie die Rückfallfieberspirillen in sich auf. Wenn sich die Zecke nun später an einem Gesunden festsaugt, überträgt sie in dessen Organismus die Krankheitserreger des Rückfallfiebers. Der Ornithotorus Larigni findet sich im Boden bewohnter oder geschützter Räume. Es kommen deswegen für Ostafrika — er ist dort im ganzen deutschen Schutzgebiet verbreitet — als Ansteckungsorte besonders die Rasthäuser, Rasthallen und Schutzbauden und Eingeborenenhütten der Karawanenstrassen als Ansteckungsorte in Betracht. Wie in der «Deutsch-Ostafrikanischen Zeitung» mitgeteilt wird, sind Untersuchungen darüber im Gange, ob es möglich ist, die Zecken, welche das Rückfallfieber übertragen, durch chemische Mittel aus dem Boden, worin sie nisten, zu vertreiben und an dem Wiedereindringen zu verhindern. Die Versuche sind jedoch noch nicht abgeschlossen; die Feststellung Kochs über die Verbreitungsweise hat den Gouverneur von Deutsch-Ostafrika veranlasst, allen Gouvernementsangestellten und Schutztruppenangehörigen die Benutzung von Rasthäusern u. s. w. und das Lagern auf kurz vorher von anderen benutzten oder in nächster Nähe von Eingeborenenhütten gelegenen Lagerplätzen zu untersagen. An andere ist eine entsprechende Warnung ergangen. — Bei dieser Gelegenheit sei daran erinnert, dass sich Koch bereits 1879 mit Rückfallfieberstudien beschäftigte. Das Vorkommen einiger solcher Fieberfälle in Wollstein, wo er damals Kreisarzt war, veranlasste ihn dazu. Er kultivierte die Obermeier'schen Spirillen und versuchte die Uebertragung der Spirillen auf Thiere; an Affen hatte er damit Erfolg. Auch während seiner Tätigkeit im kaiserlichen Gesundheitsamte liess sich Koch die Erforschung des Rückfallfiebers angelegen sein.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. Sept. d. J. 9719 (101 wen. als in d. Vorw.), darunter 831 Typhus — (19 wen.). 960 Syphilis — (47 mehr), 255 Scharlach — (1 wen.) 153 Diphtherie — (0 wen.), 49 Masern — (1 mehr) und 12 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 11. bis zum 17. Sept. d. J. im ganzen 599 (324 M., 275 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 9, Scharlach 18, Diphtherie 14, Croup 0, Keuchhusten 12, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 4, Grippe 7, Katarrhalische Lungenentzündung 57, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 69, Tuberculose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 30, Krankheiten der Verdauungsorgane 71, Totgeborene 51.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 4. Okt. 1905.

Tagesordnung: v. Lingen: Ueber Beziehungen zwischen Uterusmyom und Herz.

Wahl eines wissenschaftlichen Sekretärs.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 26. Sept. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von K. L. RICKER in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER
VICHY
(62) 17—9.
Eigenthum der Französischen Regierung.
BADE-SAISON.
In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.
Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

HEFE-SEIFEN
nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen Acne, Folliculitis, Furunkulose, chron. Ekzeme.
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.
George Heyer & Co., Hamburg 4.

INSTITUT
für
POCKEN-IMPFUNGEN
von Dr. Ochs.
(Existiert seit 1890.)
St. Petersburg.
Fläschchen Kalbs-Pocken zu 25 u. 50 Kop.
Bei Bestellungen
unter einem Rbl. 15 Kop. für Versendung.

Sanatorium Villa Primavera.
Gardone Riviera, Italien.
Prospekte des Sanitätsrats Dr. Koeniger.

Südende b. Berlin
San.-R. Dr. Brügelmann'sche Klinik für Asthma u. verw. Nervenkrankheiten, Nasen- u. Halsleiden.
Prosp. gratis d. d. Oberin E. Hagelberg.
cf. Brügelmann: Lehrbuch ü. Asthma. IV. Aufl. b. Bergmann, Wiesbad.

Digitized by Google

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren **Folgezuständen, Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.**

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—17.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

Dr. med. E. Blessig

wohnt jetzt:

W. O., 4 Linie, 5.

Sprechstunde täglich (ausser Wittwoch u. Sonntag)

v. 4—6 U.

Telephon № 20557.

Dr. med. **Woldemar Fick**

wohnt jetzt

Wass. Ostr., 4. Linie, № 5.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.

Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.

Winterkur für Lungenkranke.

Dr. Brehmer's Heilanstalten in **Görbersdorf Pr.-Schl.**

Mässige Preise. — Chefarzt Dr. v. Hahn.

Prospekte kostenlos durch die Verwaltung.

VERLAG VON BREITKOPF & HÄRTEL IN LEIPZIG

Sammlung klinischer Vorträge

Begründet von Richard von Volkmann

Neue Folge

Herausgegeben von **O. Hildebrand, Friedrich Müller** und **Franz von Winckel.**

Mit Nr. 391 begann die XIV. Serie.

Es erschienen zuletzt:

Nr. 391: **Naunyn, B.,** Ueber die Beziehung der arteriosklerotischen Hirnerkrankung zur Pseudosklerosis multiplex senescentium und zur Abasia senescentium.

Nr. 392: **Gerber, Paul,** Das Sklerom in den russischen und deutschen Grenzgebieten und seine Bekämpfung. (Mit zwei Karten und zwei Lichtdrucktafeln).

Nr. 393: **Neugebauer, Franz von,** Welchen Wert hat die Kenntnis des Hermaphroditismus für den praktischen Arzt?

Nr. 394/395: **Müller, Fr.,** Ueber Störungen der Sensibilität bei Erkrankungen des Gehirns. (Mit 20 Textabbildungen).

Nr. 396: **Jacobsthal, H.,** Ueber Naht der Blutgefässe.

Nr. 397: **Winckel, Franz von,** Das Hervortreten von Darmschlingen am Boden des weiblichen Beckens. (Mit 7 Textabb. u. einer lith. Tafel).

Bezugsbedingungen.

Einzelpreis eines Heftes 75 Pf. Subskription auf eine Serie von 30 Heften 15 Mk.

Von Serie XIV ab werden auch Abonnements auf je 30 Hefte der Inneren Medizin, Chirurgie oder Gynäkologie eröffnet und es kann somit die Subskription sowohl auf alle erscheinenden Hefte, als auf die einer einzelnen Disziplin erfolgen.

Ausführliche Prospekte und Probenummern kostenlos.

Breitkopf & Härtel.

Leipzig, 1905. (104) 1—1.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Asterol

Thigenol

Thigenolseife

Sulfosotsirup

Sirolin

Digalen

Haltbare Lösung in Originalflac. von 15 ccm. (1 ccm. Lösung = 0,3 mgr. Digitox. sol. Cloetta).

Anwendung: per os, per rectum, subcutan, intravenös und **intramusculär.** KeineCumulativwirkung. KeinLatenzzustand.

Arsylin

Eiweisspräparat.

Enthält Phosphor und Arsen in entgiftetcr Form.

Thiocol

Guajacolderivat. Antituberkulöse Wirkung experimentell und klinisch festgestellt.

Völlige Löslichkeit, absolute Geruchlosigkeit, gänzliche Reizlosigkeit. grosse Resorbierbarkeit.

Thiocoltabletten 0,5 gr.

Airol

Geruchloser ungiftiger Ersatz des Jodoforms.

Aneson

Protylin

Brom-Protylin

Eisen-Protylin

pulv. & tabl.

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^IE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Дозв. ценз. Спб., 30 Сентября 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY, UNIV. OF MICH.

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 40 St. Petersburg, den 8. (21.) Oktober. 1905.

Inhalt: Prof. Dr. L. Kessler: Myom — Herz — Ovarium. — Protokolle des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — XXXII. Versammlung der Ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg. — Tagesnachrichten. — Anzeigen.

Diese Nummer ist infolge des Setzerstreiks verspätet erschienen.

Myom — Herz — Ovarium.

(Vortrag, gehalten auf dem XVI. Livländischen Aerztetage in Dorpat (Jurjew) 1904.)

Von

Prof. Dr. L. Kessler — Dorpat.

M. H.! Auf dem VII. livländ. Aerztetage 1895 habe ich eingehend darüber gesprochen, dass die so lange allgemein angenommene Gutartigkeit der Myome schon vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus kaum, vom klinischen aber erst recht nicht mehr haltbar sei: die bisweilen unerträglichen Schmerzen schon bei kleinen derartigen Geschwülsten, die schweren Belästigungen und funktionellen Störungen infolge des Druckes auf die Nachbarorgane durch die grossen, die Beeinträchtigungen der Gestation und Gebärfähigkeit und oft genug auch der Conception, die consumierenden Blutungen und die — wie man immer allgemeiner anzuerkennen begann — dadurch herbeigeführte Herzdegeneration liessen diese Tumoren in einem immer ungünstigeren Licht erscheinen und drängten zu einem aktiveren Vorgehen, einer Verschärfung der operativen Indikationen.

Unter diesen üblen Folgezuständen ist es nun die zuletzt genannte, die Herzdegeneration, welche in neuester Zeit das Interesse der Gynäkologen in hervorragender Weise, dasjenige der Internisten, so viel uns bekannt ist, dagegen noch garnicht in Anspruch genommen hat. Letzteres muss um so mehr als auffallend bezeichnet werden, als die Erkrankungen des Herzens — des lebenswichtigstens Organs — doch naturgemäss eines der allerwichtigsten Gebiete ihrer Spezialdomäne ausmachen. Die Frage der Beziehungen zwischen Myom und Herzerkrankung muss demnach als ein den Gynäkologen und den Internisten — nicht nur gemeinsames, sondern auch, wie sich hoffentlich aus dem Folgenden erweisen wird, — gleich wichtiges Grenzgebiet angesehen werden. Und falls Sie, m. H., darin mit mir übereinstimmen, dass solche Grenzgebietfragen in einer derartigen Versammlung, wie unser Aerztetag sie darstellt, vorzugsweise an ihrem Platze sind und durch die zu erhoffende Heranziehung und Beteiligung der beiderseitigen Interessenten zur weiteren Förderung ihrer Lösung am besten beigetragen werden kann, so darf ich daraus wohl auch die Berechtigung entnehmen, die erwähnte, bisher nur von den Gynäkologen in Angriff genommene, vor diesem, aus wesentlich mit der inneren Medizin sich beschäftigenden Kollegen bestehenden Forum eingehender vorzuführen.

Eine Herzdegeneration anzunehmen, veranlassten folgende bei Myomkranken mehr, oder weniger häufig gemachte Wahrnehmungen [1]: Eine Myomkranke wird in die Klinik aufgenommen; sie stirbt, noch bevor sie operiert werden kann, ohne andere Symptome dargeboten zu haben, als die einer allmählich bis zum Erlöschen des Lebens sich gesteigert habenden Herzschwäche; — oder: sie stirbt im Anschluss an eine Operation (oft auch nach einer ganz leichten) an progredienter Herzschwäche, oder auch ganz unvorhergesehen nach einer ganz geringfügigen Anstrengung oder Bewegung; — oder es kommt nach der Operation zu Thrombosen, besonders der Becken- und Femoralvenen, und im Anschluss hieran zu Lungenembolien — (unter 20 von Gessner zusammengestellten tödlichen Embolien bei gynäkologischen Erkrankungen befanden sich 40 pCt. Myomkranke! [2]); — oder sie stirbt nach einer ganz glatten Operation, wo Pat. septisch, ohne dass dafür irgend ein anderer Grund, als die geringe Widerstandsfähigkeit, und für diese wieder nur die Herzschwäche verantwortlich gemacht werden könnte. — Endlich erwähnt Fleck [3]) in einer weiterhin noch zu berücksich-

[1]) Cf. Strassmann und Lehmann. Arch. f. Gynäk. Bd. 56. Zur Pathologie der Myomerkrankung.

[2]) Strassmann und Lehmann. l. c. p. 60–61.

[3]) Fleck, G.: Myom und Herzerkrankung in ihren genet. Beziehungen. Arch. f. Gyn. 71. Heft 1.

Digitized by Google

ORIGINAL FROM
UNIV. OF MICH.

tigenden, erst in diesem Jahr erschienenen Arbeit als Zeichen der Herzschwäche die geringe Widerstandsfähigkeit des Myomherzens gegen Narkotica, resp. die geringe «Narkosenbreite»; es sei typisch für die daher oft sehr schwer zu leitende, «Myomnarkose», dass das geschwächte Herz durch sehr langsamen und arhythmischen Puls Intoxikationserscheinungen ankündigt bereits zu einer Zeit, wo die Reflexe noch nicht erloschen seien, ja nicht selten im ersten Anfang der Narkose in bedrohlicher Weise aussetze, obwohl der Muskeltonus noch erhalten und das Bewusstsein noch nicht einmal getrübt sei.

Also Insufficienz des Herzens, entweder absolute, wie in dem zuerst genannten Fall, oder relative, i. e. Versagen desselben bei Steigerung der Ansprüche an seine Leistungsfähigkeit. Ein charakteristisches Beispiel für letztere habe ich vor 2 Jahren besprochen [4]): während der Operation 2 mal Sistieren der Herztätigkeit, 3 mal Aussetzen der Respiration (Herzklopfungen, Kampher, künstliche Respiration); unerwartet günstiger ganz glatter postoperativer Verlauf; am 7. Tag p. oper. bittet Pat. die Wärterin nachmittags, sie doch, da sie sich vollkommen gesund fühle, im Bett aufzusetzen, um bequemer ihren Kaffee trinken zu können; kaum ist dies geschehen, so sinkt sie zusammen — und ist tot.

Den Causalzusammenhang zwischen Myom und Herzdegeneration konstruierte man sich folgendermassen: durch die Jahre lang anhaltenden Blutungen wird die Blutbeschaffenheit verschlechtert, der Hämoglobingehalt herabgesetzt, die Ernährung im allgemeinen und speziell die des Herzens leidet, es degeneriert; dazu kommt: «um die Blutung zu stillen, wird Ruhe verordnet und von dem Kranken selbst eingehalten; später beschränkt auch die Schwäche eine längere und kräftigere Lokomotion, mangelhafte Ernährung und Inaktivität fördern die fettige Degeneration und Atrophie wie jeden Muskels so auch desjenigen des Herzens».

Den ersten Stoss erhielt diese Auffassung schon im Jahre 1893 durch des Dresdener Gynäkologen Brosin Hinweis auf den beachtungswerten Umstand, dass bei Carcinomatösen die Blutungen diese Wirkung aufs Herz nicht haben. Trotz jahrelang andauernder Blutung, Jauchung und Morphinismus und dadurch zerrüttetem Organismus und oft viel hochgradigerer Anämie, behielten die Krebskranken ein auffallend widerstandsfähiges Herz. Die Blutung kann also an der Herzdegeneration nicht schuld sein; letztere ist «typisch nur für Myome!». Diese Angabe wurde dann auch bestätigt durch Strassmann und Lehmann. In einer ausführlichen diesem Gegenstand gewidmeten Arbeit konstatieren sie an 71 der Reihe nach in der Charité in Berlin zur Beobachtung gekommenen Myomkranken, dass «auf Grund des objektiven Befundes und sicher ausgesprochener subjektiver Symptome» faktisch bei 40,8 pCt. derselben eine anatomische Läsion des Herzens angenommen werden musste («eine Zahl, die wohl jeden Gynäkologen überrascht»); unter diesen waren mehr solche, welche über Herzbeschwerden nicht klagten, bei denen aber eine Herzaffektion durch die physikalische Untersuchung objektiv mit Sicherheit sich nachweisen liess: Dilatation; ausserdem ausnahmslos Steigerung der Pulsfrequenz: minime 90, meist aber ca. 100 bis 110,— ohne Respirationsbeschleunigung. Unter denen mit subjektivem Herzsymptomen waren aber auch solche mit noch ganz kleinen Myomen, wie auch schon Veit in seinem Handbuch bei der Symptomologie der Myome angegeben hatte, dass bei jugendlichen Personen schon um das 30. Jahr «asthmatische» Beschwerden sich zeigen, denen er schon bei nur apfelgrossen Geschwülsten begegnete und die er geradezu als ein Frühsymptom der Myombildung ansieht. Da solche kleine Myome diese nicht selbst wohl hervorrufen könnten, liess Veit sie aus einer «Reizung des Central-Nervensystems durch die zur Myombildung führenden Momente» hervorgehen. Man wird Strassmann und Lehmann nur beipflichten, wenn sie dieses «nervöse» Asthma als Zeichen beginnender Herz- resp. Gefässerkrankung ansprechen.

Nachdem Strassmann und Lehmann dann in eingehendsten Erörterungen nachgewiesen haben, dass alle bisher gemachten Versuche, die Herzerkrankung in kausale Abhängigkeit von der Myombildung zu bringen, als der Kritik nicht stichhaltig sich erweisen, bringen sie dann noch Belege dafür bei, dass bisweilen die Herzbeschwerden früher vorhanden sind als die vom Myom ausgehenden, — vorhanden schon zu einer Zeit, wo die Kranken noch keine Ahnung davon haben, dass bei ihnen im Unterleibe etwas nicht in Ordnung sei. Diese Tatsache ist sehr wichtig! — denn: «wäre die Schädigung des Herzens erst eine Folge der Myome, die letzteren also als das Primäre, die Herzaffektion als das Sekundäre zu betrachten, so sollte man erwarten, dass im grossen Durchschnitt die von dem Tumor abhängigen Symptome sich früher zeigen als diejenigen, die auf eine Alteration des Herzens schliessen lassen». Wenn man nun statt dessen dem entgegengesetzten zeitlichen Verhältnis beider zu einander begegnet, und es obendrein wahrscheinlich ist, dass dieses letztere in Wirklichkeit noch häufiger vorkommt als die Statistik erbringt, — (denn: während gewisse Myomsymptome, namentlich Blutungen, besonders die von Olshausen schon vor 20 Jahren für ein Vorsympton der Myombildung erklärten profusen und zugleich schmerzhaften Menses, meist von den Kranken früh bemerkt, gut im Gedächtnis behalten und präzis angegeben werden, kann eine schon ausgebildete Herzalteration (Dilatation z. *B.*), wenn sie keine Beschwerden macht, von Patientin sowohl als vom Arzt unerkannt bleiben, um so mehr, als die häufig in Betracht kommenden Herzmuskelerkrankungen nach Fleck p. 10 oft überhaupt physikalisch schwer resp. garnicht nachweisbar sein sollen) — so muss die Frage berechtigt erscheinen, ob, entsprechend der Umkehrung der zeitlichen Folge, nicht auch bezüglich des Causalzusammenhanges eine Umkehrung des Gedankenganges berechtigt ist. Ihr Schlussresumee lautet daher: einerseits können Myome durch die für sie charakteristischen lokalen Symptome degenerative Zustände der Herzmuskulatur hervorrufen; andererseits gehen Herz- und Gefässveränderungen häufig neben diesen Geschwülsten einher. Wir möchten der Vermutung Ausdruck geben, dass — ähnlich wie bei der Basedow'schen Krankheit die Neubildung von Schilddrüsengewebe — in gewissen Fällen der Neubildung von Uterusgewebe die Herz-, Gefäss- und Uterusveränderungen möglicherweise als Symptome einer mit vasomotorischen Vorgängen zusammenhängenden Erkrankung anzusehen sind.

Den in diesem Schlusssatz enthaltenen Grundgedanken hat dann der Göttinger Privatdozent Fleck weiter zu fördern gesucht, indem er dem von jenen Autoren angenommenen so Unbestimmten und wenig Greifbaren als principium agens etwas Konkreteres zu substituieren suchte. Er geht aus von der durch alles, was bisher darüber vorliegt, als erwiesen erscheinenden Annahme, dass bei den im Zusammenhang mit Myom vorkommenden Herzalterationen es sich um Herzmuskelerkrankungen handelt (braune Atrophie, fettige Degeneration,

[4]) Kessler, L. Myom und Herz. Zeitschr. für Gyn. und Geburtsh. Bd. 47. Heft 1.

Digitized by Google

vielleicht auch Myofibrose); die Herzmuskelerkrankungen aber seien Folge von Intoxikation, nach der übereinstimmenden Ansicht aller Autoren, welche sich speziell mit der Bearbeitung der Herzmuskelerkrankungen beschäftigt haben, toxische Einflüsse durch Gifte, die im Blut kreisen oder von aussen in den Körper hineingelangen und unmittelbar auf die Herzmuskulatur schädigend einwirken. Dass solche — entsprechend den modernen Anschauungen über Entstehung der Geschwulstkachexie überhaupt, denen zufolge durch die vitale Energie eines wachsenden Tumors eine Retention seiner Stoffwechselprodukte stattfände, die speziell auf das Herz einen deletären Einfluss ausüben können — durch die im anatomischen Sinn gutartigen und gewöhnlich sehr langsam wachsenden Myome geliefert werden sollten, sei durchaus unwahrscheinlich; als Quelle derselben und somit als gemeinsames Bindeglied zwischen Myom und Herzerkrankung könne vielmehr nur das Ovarium angenommen werden.

Um diese Hypothese als haltbar erscheinen zu lassen, müssen, wie mir scheint, zunächst und vor allem folgende 3 Fragen sich bejahen lassen:

I) Haben die Ovarien überhaupt einen Einfluss auf den Stoffwechsel und können durch diesen unter Umständen toxische Stoffe produziert werden?

II) Haben wir Beweise dafür, dass diese aufs Herz wirken?

III) Haben wir Beweise dafür, dass diese auf den Uterus wirken?

Die von Fleck zu diesem Zweck geführte Argumentation scheint mir nicht durchweg einwandsfrei, ich möchte daraus nur folgendes geben.

Ad I) Dass die Ovarien Einfluss auf den Stoffwechsel haben, kann erschlossen werden:

1) aus den klimakterischen Ausfallserscheinungen, die nur als Herz- und Gefässreizungen durch einen infolge Aufhörens, «Ausfalls» der Ovarialtätigkeit alterierten Stoffwechsel anzusehen sind;

2) daraus, dass durch Exstirpation der Ovarien eine so schwere Stoffwechselanomalie wie die Osteomalacie beseitigt wird;

3) aus der Verminderung des Sauerstoffverbrauchs nach Kastration, welcher durch Fütterung mit Oophorin wieder auf die Norm zurückgeführt werden kann; also auch auf die normal sich vollziehenden Stoffwechselvorgänge ist die normale Tätigkeit der Ovarien von Einfluss. — Dafür spricht endlich

4) der durch das eben genannte Experiment erklärliche bekannte vermehrte Fettansatz Klimakterischer i. e. nach Erlöschen, Ausfall der Ovarialtätigkeit.

Um dies alles verständlich zu machen, supponiert man eine «innere Sekretion» der Ovarien; man kann sich denken, dass gewisse in den Ovarien gebildete Substanzen in die Graaf'schen Follikel ausgeschieden werden, von diesen aus in die reichlich sie umspinnenden Lymphgefässe und durch diese in die Blutbahn gelangen. Erwiesen ist diese Theorie nicht; aber, um gewisse ohne sie absolut unerklärbare Vorgänge und Tatsachen unserem Verständnis einigermassen näher zu bringen, mögen die Gynäkologen ihrer ebenso wenig entbehren, wie die Physiologen (ist ja doch ein solcher sogar ihr Urheber!). Warum — sagte man sich weiter — sollte diese innere Sekretion nicht bei erkranktem Ovarium auch pathologische Produkte liefern, event. toxische? So hätten wir die gesuchte Materia peccans.

Ad II) Ob ein solches vermutungsweise vom Ovarium geliefertes im Blut kreisendes Toxin eine Degeneration des Herzmuskels bewirken kann, wird sich zurzeit auch noch nicht stricte beweisen lassen; aber: finden die Internisten diese Anschauung in bezug auf andere im Körper entstehende Toxine unabweislich, warum sollten wir Gynaekologen, wenn doch klinische Tatsachen uns darauf hindrängen, nicht auch für ein etwa vom Ovarium geliefertes Gift dieselbe Wahrscheinlichkeit in Anspruch nehmen? (Es ist vielleicht nicht unmöglich, das es noch einmal gelingen wird, dieselbe experimentell zu stützen).

Ad III) Was die Abhängigkeit der Vorgänge im Uterus von dem im Ovarium betrifft, so hat der allgemeine Glaube an dieselbe einen prägnanten Ausdruck gefunden in dem bekanten Vergleich Leopolds mit der Uhr [5]); Das Ovarium ist das unsichtbare Werk, dessen Tätigkeit an den Erscheinungen an dem das Zifferblatt repräsentierenden Uterus wahrgenommen werden kann. Speziell an dem Einfluss der Ovarien auf die Gefässe des Uterus zweifelt kein Mensch: die normale Menstruation sowohl wie die als «ovarielle» bezeichneten Menorrhagien sind jedermann als Folge desselben bekannt; mit den Gefässen des Uterus aber ist von jeher die Myombildung in Verbindung gebracht worden — schon von ihrem ersten Bearbeiter Virchow wie von einem der letzten: Gottschalk, welcher die ersten Anlagen der Myome ausgehend fand von Wandverdickungen kleinster Arterien, deren Elemente kontinuierlich in diejenigen der mikroskopischen Myomknötchen übergingen.

Also: Ovarialerkrankung, infolgedessen sowohl die Myombildung als die Herzdegeneration, — so käme Licht in das bisherige Dunkel des so häufigen gleichzeitigen Vorhandenseins dieser beiden letzteren.

Es bleibt nur die eine Frage noch: sind bei Myom- (und Herz)-erkrankung denn auch wirklich immer die Ovarien krank gefunden worden?

Fleck sagt nun zwar wörtlich (l. c. p. 30—31), dass bei der «Myomerkrankung des Uterus... als konstanter Befund grobanatomische Veränderungen der Ovarien sich finden». Bei dem überaus Ansprechenden, das die Strassmann-, Lehmann-Fleck'sche Theorie der Genese der Myom- und Herzerkrankung hat, tut es mir, m. H., geradezu leid, sagen zu müssen, dass diese Behauptung Flecks, die doch die notwendige Voraussetzung und Basis seiner ganzen Theorie bildet, als durchaus noch nicht sicher begründet bezeichnet werden muss. Seine eigene Beweisführung leidet an wesentlichen Lücken und auch in der Literatur findet man wenig Brauchbares dafür, — was nicht wundernehmen kann, da die Frage noch zu neu ist und eine ganz genaue Prüfung des Zustandes der Ovarien bei jeder Myomoperation ja bisher noch garnicht das Interesse hatte, welches ihr von jetzt ab zugewendet werden dürfte. Von einigen viel operierenden deutschen Gynäkologen, die ich in diesem Sommer zu sprechen Gelegenheit hatte, habe ich die strikte Erklärung, dass in vielen Fällen makroskopische Veränderungen an den Eierstöcken bestimmt nicht zu erkennen sind — man würde ja sonst auch nicht dieselben (od. wenigstens eins) bei der Operation prinzipiell zurücklassen, nur um den doch nicht sehr belangreichen Ausfallserscheinungen vorzubeugen! — Was die bei Myomoperationen nicht selten anzutreffende einfache Vergrösserung der Ovarien betrifft, so ist es doch noch durchaus fraglich, ob sie nicht bloss Folge der durch die Uterustumoren gesetzten Cirkulationsalteration im Becken ist.

Also: Die behauptete konstante Erkrankung der Ovarien bei Myomen ist vorläufig noch eine Achillesferse obiger Hypothese.

---

[5]) cf. auch Fleck l. c. p. 25.

Digitized by Google

Weiter möchte ich noch folgendes, was sich mit ihr vorläufig noch nicht im Einklang bringen lässt, hier gleich anschliessen:

1) Den Umstand, dass nach Enukleation eines oder mehrer Myome meist weitere Neubildung von Myomen nicht eintritt, — was doch eigentlich erwartet werden müsste, wenn die kranken Ovarien, die an der Entstehung der exstirpierten schuld waren, im Körper verblieben sind; man kann ja doch nicht glauben, dass durch die Myomenucleation die Ovarien plötzlich gesund geworden sein sollten.

2) Die in neuerer Zeit immer allgemeiner anerkannte Tatsache, dass die Myome, wenn nicht entstehen, so doch häufig zu wachsen anfangen nach Eintritt des Klimakteriums, also nach Erlöschen der Tätigkeit der Keimdrüsen, mithin doch wohl auch nach Aufhören ihrer inneren Sekretion und Produktion der resp. Stoffwechselprodukte. Könnte man vielleicht noch in den ersten Jahren der Klimax irgendwelche Reize von einem vielleicht noch nicht absolut atrophierten Ovarium ausgehend denken, so doch schwerlich im hohen dekrepiden Greisenalter. Und doch habe ich im vorigen Jahr eine Pat. gesehen, die ins Hospital eingetreten war wegen in letzterer Zeit rasch sich vergrössernden Abdomens. Die genaue Untersuchung ergab Uterus-Myom von Grösse des acht Monate schwangeren; diese Soldatenwittwe war — 90 (neunzig) Jahre alt! — Als räthselhaft müsste ferner bei der Fleck'schen Hypothese der Fall Tates bezeichnet werden: Exstirpation eines Uterus-Myoms bei einer 63-jährigen, bei welcher elf Jahre vorher beide Ovarien entfernt worden waren.

Noch manches andere liesse sich vielleicht gegen die in Rede stehende Theorie einwenden;—hoffen wir aber lieber, dass das ihr zur Zeit noch Entgegenstehende mit dem Fortschreiten unserer Erkenntnisse immer mehr schwinden, so wie das zu ihrer sicheren Fundierung noch Fehlende (namentlich auch die mikroskopische Untersuchung, welche vielleicht auch manches makroskopisch gesund erscheinende Ovar als krank entlarven wird) immer vollständiger sich möge beibringen lassen, damit der Zuwachs an Verständniss, den sie uns bringen will, nicht vermindert, sondern gemehrt werde.

M. H.! Wenn nicht das eingangs Ihnen Vorgeführte uns überzeugt hätte, dass die Kombination sorgfältiger klinischer Beobachtungen es gewesen ist, welche zur Aufstellung der im vorhergehenden besprochenen genetischen Beziehungen geführt hat, so könnte man glauben, dass dieselbe nach dem uns vom Morbus Basedowii her geläufigen Schema konstruiert wäre — so frappant ist der Parallelismus zwischen beiden! Kein Wunder, dass auch schon wiederholt auf denselben hingewiesen worden ist, so wie auch darauf, dass wir in dieser Zusammenfassung bisher für uns zusammenhangslos erschienener Krankheitserscheinungen zu einem gemeinsamen einheitlichen Krankheitsbild einen entschiedenen wissenschaftlichen Fortschritt zu begrüssen haben würden.

Auffallend ist nur, dass nicht auch die, wie so häufig in der Medizin, aus einer neuen theoretischen Erkenntnis sich ergebenden praktischen Konsequenzen gezogen worden sind; und doch scheinen mir dieselben ebenso naheliegend wie am besten geeignet, die auch praktische Wichtigkeit und Tragweite dieser Theorie klarzulegen. Die ärztliche Stellungnahme gegenüber den Myomen müsste durch dieselbe direkt beeinflusst, resp. geändert werden. Freilich die ganz grossen und die grossen Tumoren werden nach wie vor als jeder anderen Therapie unzugänglich, dem Messer verfallen; — im folgenden kann es sich also nur um die kleineren handeln. War es Bezüglich dieser früher schon im Motto konservativer Gynäkologen: nicht jedes Myom braucht behandelt zu werden — und Behandlung ist noch nicht identisch mit Operieren, so gewinnt dieses jetzt eine ganz andere, neue Berechtigung, denn, ist Myombildung und Herzdegeneration nur Folgezustand einer sie verursachenden Ovarialerkrankung, so muss, so lange noch der Grundsatz: cessante causa cessat effectus — Geltung hat, in erster Linie die causa, die Ovarialerkrankung, in Angriff genommen und womöglich zur Ausheilung gebracht werden. Beides ist zweifelsohne de facto schon häufig geschehen, aber ohne dass der betreffende Arzt sich dessen bewusst war. Es ist Ihnen ja bekannt, dass in älterer Zeit, mehr als in der operationslustigen neueren, Myomkranken Badekuren verschiedener Art verordnet wurden; und diese müssen doch in einer bemerkenswerten Anzahl von Fällen von gutem Erfolg gewesen und die Berichte darüber auch von kritisch beanlagten Herausgebern gynäkologischer Lehrbücher so weit zuverlässig befunden worden sein, dass diese Verordnung in solchen auch heute noch regelmässig wiederkehrt. Nun wird ja doch wohl niemand glauben, dass die Myome selbst direkt durch Bäder beeinflusst werden — dazu erscheinen sie durch ihre Härte und ihren bei ihrer spärlichen Blutzufuhr wahrscheinlich auch äusserst torpiden und geringen Stoffumsatz wenig geeignet. Ganz anders das so sehr blut- und lymphgefässreiche Ovarium! Sollte das nicht — so müssen wir uns heute fragen — bei jenen Erfolgen die vermittelnde Rolle gespielt haben? Das Ovarium also würden wir — im Licht der erörterten neuesten Auffassung — von jetzt ab erst recht mit all den bekannten und oft ja auch wirksamen Behandlungsmethoden anzugreifen haben; sollte mit diesem aber das Gewünschte nicht zu erzielen sein, so würde konsequenterweise die Kastration derjenige Eingriff sein, der in erster Linie in Frage käme, und würde damit der Altmeister Hegar, der ihr von jeher und bis in die neueste Zeit mehr als andere das Wort geredet und nicht nur Verkleinerung sondern auch vollständiges Verschwinden der Myome darnach beobachtet hat, mit dieser seiner Empfehlung um so mehr Recht behalten, als mit dem Wegfall der kranken Ovarien die neuere Anschauung gleichzeitig auch noch die Hinwegräumung einer Noxe für das Herz verbunden sein lässt.

Ebenso selbstverständlich würden dann bei etwaiger operativer Entfernung von Myomen prinzipiell stets beide Ovarien mit zu entfernen sein; die dadurch vielleicht hervorzurufenden Ausfallserscheinungen würden dagegen ein genügendes Gegenargument nicht abgeben, da sie — an sich schon meist erträglich (ja nicht selten ganz fehlend) — durch Oophorin sich erfolgreich bekämpfen lassen.

Eine weitere Konsequenz bei solchen Myomen, welche eine Operation noch nicht indizieren, ergiebt sich aus dem vorhergehenden von selbst: nämlich, dass das bisher übliche blosse «in Beobachtung behalten, damit der günstige Zeitpunkt für die Operation nicht versäumt wird», im übrigen aber weiter nichts tun, — nicht mehr angängig ist; sorgfältigste, eventuell in Narkose, Untersuchung und Prüfung der Ovarien, und dem Befunde entsprechende energische Behandlung derselben wäre jetzt unabweisliche Pflicht.

Zum Schluss noch ein Wort an die Internisten:

Wie für den Gynäkologen verschärfte Aufmerksamkeit auf Herz und Ovarien der Myomkranken, so resultiert — wie auch bereits von anderer Seite bemerkt worden ist — aus obigen Gesichtspunkten für den Internisten, bei jeder ätiologisch etwa unklaren Herzerkrankung bei Frauen an Myom und Ovarium zu denken, und — möchte ich hinzufügen — den Befund an letzteren, auch falls er kein Myom findet, genau fest-

Digitized by Google

stellen zu lassen im Hinblick auf die Möglichkeit, dass im gegebenen Fall ja vielleicht die Wirkung einer Ovarialerkrankung auf's Herz früher eingetreten sein kann, als diejenigen auf den Uterus.

Wie häufig dies etwa geschieht, wissen wir freilich zur Zeit noch nicht — die Internisten wären in der Lage, diese Lücke in unsrem Wissen auszufüllen; von den Myomen dagegen wissen wir, dass sie sehr häufig sind. Fritsch machte schon vor längerer Zeit die Angabe, dass man in jeder zehnten weiblichen Leiche Myome im Uterus findet; Winter sah in der Königsberger Klinik in 6 Jahren 7—800 Myomfälle; — eine Frequenz, die gewiss dazu auffordert, in einem fraglichen Fall immer an Myom zu denken. Man wird dadurch nicht nur seinem eigenen Interesse als Arzt sowie demjenigen seiner Patientin gerecht, — es können dadurch auch die Internisten unsere Kenntnisse in der hier in Rede stehenden Frage, den Gynäkologen ergänzend, sehr wesentlich weiter fördern nach verschiedenen Richtungen hin: 1) bezüglich der Statistik[5]), insofern als ihnen mehr die Frühstadien der Myome, die noch keine Myomsymptome machen, zugehen, die also auch nicht an den Gynäkologen sich wenden, seiner Statistik mithin verloren gehen; und ich brauche hier nicht weiter auszuführen, da es sich aus dem früheren von selbst ergiebt, inwiefern gerade diese Frühstadien in mehrfacher Hinsicht von besonderem Interesse für uns sind; — 2) bezüglich Klärung der Frage, welcher Art denn eigentlich die mit den Myomen vergesellschaftete «Herzdegeneration» ist?

Darüber wissen wir nämlich merkwürdig wenig sicheres, denn die makroskopischen Sektionsbefunde können uns heute nicht mehr genügen; ein paar von Strassmann und Lehmann vorgenommene mikroskopische Untersuchungen haben in den einzelnen Fällen variirende Bilder ergeben: «Die verschiedensten Degenerationsstadien von der um die Pole der Kernspindel in der Axe der Zelle erfolgenden Ablagerung bräunlicher Pigmentkörnchen bis zu völliger Trübung der Zelle, Verschwinden der Querstreifung und Untergang des Kernes, diffuse albuminöse und fettige Degeneration» etc. Fleck fand bei einer 5 Tage nach der Operation an Sepsis Verstorbenen der braunen Atophie «nahestehende Zustände», betont aber selbst, dass es sich nicht entscheiden lässt, welche Wirkung dabei die Operation, die Narkose, das ausser dem Myom noch vorhandene Portiokarzinom, die Sepsis und endlich das Myom auf das Herz ausgeübt haben.

Ein vollkommen klares Bild, ausschliesslich exquisite Myofibrose, ergab sich bei der von mir eingangs erwähnten, am siebenten Tage p. op. plötzlich Verstorbenen — wie Fleck anerkennt (l. c. p. 17): «der erste Fall, in dem eine exakte, systematische Untersuchung des Herzens stattgefunden hat» — durch Herrn Prof. Dehio, den ich als durch seine jahrelangen Herzstudien unanfechtbare Autorität, um einen ganz einwandfreien Befund zu erhalten, gebeten hatte, sich dieser Mühe zu unterziehen. Bei vollkommener Sklerosefreiheit der Coronararterien konnte diese Myofribrose nur als Arbeitsüberlastung des Herzens durch's Myom erklärt werden.

Doch gebe ich gerne zu, dass letztere nur bei den grossen Myomen ohne weiteres klar in die Augen springt — in diesem unsrigen Fall wog der Tumor 60 Pfund! — gewisse kleinere Myome dagegen vielleicht kein solches Zirkulationshinderniss zu setzen brauchen, mithin bei ihnen auch der Befund am Herzen ein ganz anderer sein kann.

Das von Fleck gegen eine etwaige verallgemeinernde Verwertung seines Herzbefundes mit Recht geltendgemachte wird auch auf die meisten übrigen, den Gynäkologen zur Verfügung gelangenden Herzen zutreffen; wird doch bei ihnen fast ausnahmslos Narkose, Operation etc. vorausgegangen sein. Dagegen müssen, sollte ich meinen, den Internisten doch gelegentlich Myomkranke vorkommen, die an intercurrenten Krankheiten starben, und zwar an einer, von der man weiss, dass sie von sich aus Herzdegeneration nicht macht. Solche Herzen genau zu mikroskopieren (oder, falls selbst nicht darauf eingerichtet, einem damit sich beschäftigenden Kollegen zuzuschicken womöglich mit den zugehörigen Ovarien), wäre ein Verdienst um die Förderung einer theoretisch-wissenschaftlich ebenso sehr wie praktisch hochinteressanten Frage.

Zu ihrer Lösung nach den verschiedenen erörterten Richtungen hin mitwirken zu wollen, möchte ich auch sämtliche hier anwesende Kollegen aufgefordert haben.

5) Strassmann und Lehmann l. c.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1334. Sitzung am 17. Januar 1905.

1. Dr. Germann: Stellt einen Patienten vor mit einer Verletzung des linken Auges. Der Verletzte, 30 Jahr alt, befand sich am 9. Januar als müssiger Zuschauer im Volkshaufen, welcher sich bei dem Eisengitter des Alexandergartens demonstrierend angesammelt hatte. Im Moment, als die Truppen auf das Volk schossen, stand er mit dem Rücken dicht an das Eisengitter des Alexandergartens gelehnt. Das Gitter ist über Mannesgrösse hoch. Als die Schüsse ertönten, empfand er einen heftigen stechenden Schmerz im linken Auge, die reichlichen Tränen waren leicht blutig gefärbt, und er bemerkte, dass er mit dem Auge schlechter sehe. Etwa $1/2$ 2 Uhr mittags hatte die Verletzung stattgefunden. Zunächst suchte er Hilfe beim Theaterarzte und von dort wurde er in die Augenheilanstalt gewiesen, wo er um 4 Uhr vom dejourierenden Arzte besichtigt und verbunden wurde. Am 10. wurde er aufgenommen. Es fand sich eine genau vertikal verlaufende scharfe, lineare, penetrierende Hornhautwunde und frischer Wundstar. Die Wunde halbierte nahezu die ganze linke Hornhaut. Es fragt sich nun, wie ist die Verletzung zustande gekommen? Es erscheinen folgende Annahmen möglich: 1. Die Kugel schlug auf einen der Eisenstäbe des Gitters, in der Nähe und Höhe der linken Gesichtshälfte, und ein Eisensplitter, welcher durch die aufschlagende Kugel abgesprengt wurde, verletzte das Auge; 2. ein Splitter der Kugel verletzte das Auge; 3. die Verletzung wurde veranlasst durch einen abgeschlagenen Ast oder Rindenteil der dicht hinter dem Gitter stehenden Bäume und Sträucher. Der Eisensucher gab ein negatives Resultat. Es ist möglich, dass nach Entfernung des Wundstares der Fremdkörper im Glaskörperraume sichtbar wird. Es besteht gute Lichtempfindung, das Auge ist nicht druckempfindlich und die allgemeine Entzündung ist mässig. Das rechte Auge ist normal. Die Verletzung gehört unbedingt zur Kategorie der schweren, da das Auge zur Arbeit nicht benutzt werden kann, selbst in dem Falle, dass die Operation einen relativ guten Teil der Sehschärfe wiederschafft, — eine unbenutzbare Reserve.

Germann spricht den Wunsch aus, die Kollegen sollten darüber im Verein Mitteilung machen, in welchem Umfange medizinische Hilfe vom Einzelnen, sowie von den Hospitälern verlangt worden ist in Anlass der Unruhen am 9. Januar. Eine Kontrolle der vielfach für unrichtig gehaltenen Angaben von seiten der Polizei sei so am besten möglich, und das ist für uns, die wir das alles miterlebt haben, doch von Interesse Hat sich das Rote Kreuz an der Hilfe auf den Strassen beteiligt?

Diskussion.

Kernig: Die Polizeiangaben kommen der Wahrheit ziemlich nahe. In das Obuchowhospital sind 33 Tote (29 Männer 4 Frauen) und 76 Verwundete (69 Männer, 7 Frauen) eingeliefert worden. Einer Frau, welche, wie es scheint, durchkommen wird, musste ein 98 Centimeter langes Dünndarmstück mit 12 Wunden reseciert werden.

Tiling meint, es sei am ehesten anzunehmen, dass ein Splitter vom Eisengitter die Verletzung veranlasst hat. Reine Bleikugeln werden nicht mehr benutzt.

Ucke: Könnte es nicht auch ein Eissplitter getan haben?

Germann. Eissplitter können gewiss perforierende Hornhautwunden setzen, aber wie soll man sich im gegebenen Falle das Heraufschleudern eines Eissplitters mit der Flugbahn der Flintenkugeln erklären? Der Eisenzaun konnte durch

Digitized by Google

ein Stück seines gewiss vorhandenen Ueberzuges an Rost-Schmutz-Farbe Material zur Verletzung abgeben, welches der Eisensucher nicht anzeigt. (Autoreferat).

2 Dr. Nenadowitsch (als Gast): Ueber Verwertung der Schlamm- und Moorbäder in Vergangenheit und Gegenwart.

(Erschienen in Nr. 15 dieser Zeitschrift).

3. Dr. W. Fick und Dr. A. Ucke: Ueber Leberabszesse nach Perityphlitis.

Dr. Fick berichtet über folgende zwei Fälle: Der erste betraf einen 22-jährigen Mann, der am 14. Mai in das deutsche Alexanderhospital eintrat und am 20. operiert wurde. Es handelte sich um einen gut abgekapselten ca. apfelgrossen perityphlitischen Abszess, in welchem der Appendix leicht gefunden wurde. Es folgte eine glatte Rekonvaleszenz und rasche Heilung der Wunde, so dass Pat. am 9. Juni das Bett verlassen konnte. Jetzt stellten sich aber leichte Fiebertemperaturen und ein Infiltrat am oberen Ende der Operationsnarbe ein. Obgleich dasselbe alsbald inzidiert wurde, fiel das Fieber nicht ab, es bildete sich vielmehr höher eine nach oben fortschreitende Resistenz. Die Temperatur stieg am 6. Juli unter Schüttelfrost auf 40,4. Am folgenden Tage wurde ein etwa wallnussgrosser Abszess eröffnet, der, von dicken Schwarten umgeben, zwischen Colon ascendens und seitlicher Bauchwand sich etabliert hatte. Das Fieber fiel nur vorübergehend und im August wurde in der rechten Nierengegend wieder eine Eiteransammlung konstatiert und eröffnet. Auch dieser Abszess lag intraperitoneal der seitlichen Bauchwand an und war medial vom Colon ascendens begrenzt. Auch jetzt findet kein Fieberabfall statt. Anfangs September tritt deutliche Leberschwellung auf unter höherem Anstieg der Körpertemperatur. Unter dem rechten Rippenbogen bildete sich eine kuppelförmige Vorbuchtung, die ihre respiratorische Verschieblichkeit innerhalb weniger Tage einbüsste. Die Diagnose wurde jetzt auf Leberabszess mit Verwachsung der Leber mit der vorderen Bauchwand gestellt. Am 14. September wird die Leber durch einen Schnitt parallel dem rechten Rippenbogen freigelegt. Es bestehen ausgedehnte Verwachsungen zwischen Leber und Bauchwand. Die Leberoberfläche ist normal und wiederholte Punktionen ergeben ein negatives Resultat. Erst einige Wochen später quillt aus den Punktionsstichen spärlicher Eiter. Unter hohem Fieber, septischen Durchfällen und Erbrechen erfolgt am 4. November der exitus. Bei der Sektion fand sich ein Drittel der Leber mit erbsengrossen Abszessen durchsetzt. Von der Schnittfläche fliesst kein Eiter. Das interstitielle Bindegewebe ist gangränös. Die Abszesse nehmen den hinteren Abschnitt des rechten Leberlappens ein und sind im weiteren Verlauf an die vordere Leberoberfläche vorgedrungen.

Der zweite Patient, ein 27-jähriger Mann, suchte am 3. Februar 1904 das Alexanderhospital auf. Er hatte wiederholt schmerzhafte Attacken von Appendizitis gehabt, die aber immer rasch schwanden. Wegen der häufigen Rezidive wurde Pat. am 8. Februar operiert. Der Appendix war vollkommen frei. Zunächst folgte ein normaler Wundverlauf bei normaler Temperatur und Puls. Am 8. Tage nach der Operation erkrankte Pat. nach einem Diätfehler an heftigem Durchfall u. schmerzhaften Koliken. Dann trat Fieber auf und unter zunehmendem Meteorismus entwickelte sich eine Peritonitis, die zur Wiedereröffnung des Abdomens nötigte. Die Operationswunde war bereits fast verklebt. Im Peritoneum fand sich trüb seröse Flüssigkeit, in welcher Fibrinflocken suspendiert waren. Die Peritonitis nahm einen relativ blanden Verlauf und blieb auf die unteren Abschnitte des Abdomens beschränkt. Gegen Ende März konnte Pat. das Bett verlassen, Anfang April begann er jedoch über Schmerzen zu klagen, die sich über den untersten Rippen in der rechten Axillarlinie lokalisierten. Bei der Untersuchung konnte eine geringe Abschwächung des Perkussionsschalles über den untersten Partien der rechten Lunge konstatiert werden. Doch waren die Lungenränder verschieblich und das Atmungsgeräusch normal vesikulär. Die Schmerzen steigerten sich und begannen in die rechte Schulter auszustrahlen. Gleichzeitig entwickelte sich ein druckempfindlicher Tumor in der rechten Flanke, zwischen der Crista ilei und dem Rippenbogen, der nicht immer palpabel war. Anfang Mai begann deutlicher Kräfteverfall, die Temperatur wurde stark intermittierend und über den unteren Partien der rechten Lunge verdichtete sich die Dämpfung. Es wurde jetzt ein subphrenischer Abszess als das Wahrscheinlichste angenommen, ein Leberabszess jedoch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen. Am 4. Mai Operation. Eröffnung des Subphreniums nach Resektion der 8. Rippe in der Axillarlinie. Daselbst kein Eiter. Daher zweiter Schnitt unter dem Rippenbogen. Von hier aus gelangte man in eine unter der Leber zwischen Colon ascendens und seitlicher Bauchwand gelegene, von dicken Schwarten begrenzte Höhle, die ca. $^1/_3$ Bierglas trüb-seröser Flüssigkeit enthielt. Nach verschiedenen vergeblichen Punktionen der Leber gelang es endlich in der Tiefe von 6 Cm. Eiter zu finden und neben der Punktionsnadel vordringend, wurde ein wallnussgrosser Abszess im Leberparenchym eröffnet. Verlauf gut. Die Temperatur fiel ab und Pat. begann sich zu erholen. Am 31. Mai trat plötzlich unter Schüttelfrost starke Dyspnoe, Seitenstechen rechts und Bronchialatmen über den untern Partien der rechten Lunge auf. Es entwickelte sich ein rapid wachsendes zunächst seröses Exsudat in der rechten Pleurahöhle, das trotz wiederholter Punktionen immer wiederkehrte, allmählich eitrigen Charakter annahm und am 21. Juni zur Thorakotomie nötigte. Nach dieser Operation erholte sich der Pat. nicht mehr; unter hohen Temperaturen trat stetiger Kräfteverfall ein. Die Leberwunde, die sich bereits zu einem schmalen Fistelgange verengt hatte, begann wieder stärker zu secernieren und man konnte konstatieren, dass ein fortschreitender Zerfall von Lebergewebe stattfand. Am 10. August starb Pat. im Zustand höchster Erschöpfung.

Die beiden geschilderten Fälle sind einander sehr ähnlich und bieten dieselben Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde der postappendizitischen Leberabszesse. Diese entstehen bekanntlich durch Import der Eitererreger entweder auf dem Wege der Blutbahn, wobei dann nicht selten Pfortaderthrombose im Spiele ist, oder aber auf dem Wege der Lymphbahnen; in beiden Fällen ist die Eingangspforte der Hilus der Leber. Keinen dieser beiden Wege hat in den geschilderten Fällen der Eiter genommen. Er ist vielmehr auf einem Wege zur Leber gelangt, den für gewöhnlich die subphrenischen Abszesse benutzen, nämlich intraperitoneal in der Spalte zwischen Colon ascendens und seitlicher Bauchwand. Besonders im ersten Falle war das allmähliche Fortschreiten nach oben deutlich ausgesprochen und durch mehrere Operationen mit Sicherheit konstatiert. Warum in diesen Fällen ein Leberabszess und nicht, wie a priori zu erwarten, ein subphrenischer Abszess entstand, das lässt sich durch die ausserordentlich reiche Adhäsionsbildung in beiden Fällen erklären. Das Subphrenium war durch Adhäsionen zwischen der Leber und der Bauchwand abgeschlossen. Schwerer ist es zu erklären, wie die an der unteren Leberoberfläche angelangte Eiterung in das Leberparenchym eindringen konnte. Da in der Gegend des lig. coronarium dextrum das Lebergewebe am stärksten eitrig durchsetzt war, so ist es am wahrscheinlichsten, dass hier der Uebergang stattgefunden hat. Durch das genannte Ligament ziehen nämlich Lymphgefässe aus dem rechten Leberlappen zum Diaphragma, um dieses zu durchbohren und in den ductus thoracicus zu gelangen. Es ist nun denkbar, dass auf diesem Wege eine Infektion stattgefunden hat. Die entgegengesetzte Stromrichtung in diesen feinen Lymphgefässen spricht nicht absolut dagegen, da bei dem schwachen und wechselnden Druck in den Lymphbahnen eine rückläufige Infektion nicht auszuschliessen ist. Doch ist es auch denkbar, dass bei längerem Kontakt der unteren Leberfläche mit dem Eiter eine direkte Infektion durch die Kapsel stattgefunden hat. In jedem Fall ist der Weg, den die Eiterung genommen hat, ein sehr ungewöhnlicher und diesem Umstande ist wohl auch der abweichende pathologisch-anatomische Befund zuzuschreiben. (Autoreferat).

Dr. Ucke: Aus den Ausführungen meines geehrten Vorredners werden Sie ersehen haben, dass das vorliegende Krankheitsbild klinische Eigentümlichkeiten aufweist, die im Endresultat sich nicht decken mit dem Bilde eines gewöhnlichen Leberabszesses oder der interstitiellen eitrigen Hepatitis, wie sie in den Lehrbüchern charakterisiert wird. Es liegt mir nun die Aufgabe ob, an der Hand des anatomischen Befundes zu zeigen, in wie weit die Ansicht gerechtfertigt ist, dass wir es hier mit einem Prozess sui generis zu tun haben. Ich muss jedoch vorausschicken, dass ich die beiden hier in Betracht kommenden Fälle nicht zusammen besprechen kann, sondern einzeln analysieren muss.

Der aus den Sektionsprotokollen des Alexanderhospitals entnommene Obduktionsbefund war im ersten Falle folgender:

I. W., 22 a. n., gest. 4. XI. 02 nachts. Sekt. 4. XI. 02. $10^1/_2$ h. a. m. Leiche eines stark abgemagerten Mannes von mittlerer Grösse. Das Abdomen in einem Verbande. Nach Entfernung desselben findet man eine Operationswunde unter dem rechten Rippenbogen, etwa 10 Cm. lang, längs dem letztern hinziehend, und eine zweite unterhalb des Nabels rechts zur Schenkelbeuge verlaufend. Beide weit klaffend, mit Tampons gefüllt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch Vereinigung der beiden Operationswunden findet man im untern Winkel des Schnittes das schlaff zusammengefallene Colon und im Coecum ein nach aussen führendes Loch. Die Ränder der Wunden sind mit der Bauchwand verklebt, zum Teil fest verwachsen. Nach Lösung der Adhäsionen lässt sich aus der linken Bauchhälfte das grosse Netz hervorholen. Im obern Wundwinkel, wo die Adhäsionen besonders fest sind, stösst man auf das derbe lig. teres und die Leber und hier quillt dicker, schmieriger, graugelber Eiter hervor. Nach Herausnahme der Leber sieht man, dass dieselbe ungefähr normale Grösse zeigt. Das Gewebe braunrot, Zeichnung undeutlich, verwachsen. Nur in der untern Partie um die Anheftungs-

Digitized by Google

stelle des lig. teres ist ein Bezirk von Apfelgrösse von grauer Farbe, bestehend aus zerfallenem Gewebe und schmierigem Eiter mit scharfem, aber unregelmässigem Rande gegen das Lebergewebe abgegrenzt. Keine metastatischen Herde in der Umgegend.

Die Gallenblase mit grüner, dickflüssiger Galle gefüllt. Im Herzbeutel keine Flüssigkeit. Herzklappen normal. Herzfleisch trübe. Nieren normal gross. Rinde schmal, trübe.

Wenn wir den Befund an der Leber näher ins Auge fassen, so macht es durchaus den Eindruck, als ob eine nekrotisierende Schädlichkeit von der Aussenfläche der Leber in der Gegend des lig. teres, wahrscheinlich von der Unterfläche her, ins Parenchym eingedrungen wäre und in demselben vorwärtsschreitend einen grossen Nekroseherd zustande gebracht hätte, mit der Tendenz sich weiter auszubreiten.

Nähere Aufklärung über das Wesen des Prozesses sollte die mikroskopische Untersuchung bringen: in Schnitten durch Stücke aus den Randpartien des Herdes, in Alkokol fixiert, und verschiedenfach gefärbt, finden wir ein hyalin gequollenes, ödematöses, zellarmes Bindegewebe, in welches nur hin und wieder kleine Häufchen von Zellen, zum Teil kleine einkernige Lymphocyten, zum Teil mehrkernige Leukocyten eingestreut sind. Gleichzeitig sind zersprengte Reste von Lebergewebe, in Form von einzelnen atrophischen und fettig degenerierten Leberzellen und kleinen Leberzellhaufen oder Balken wahrnehmbar. Geht man gegen den Rand dieses Bindegewebes weiter vor, so sieht man die Leberzellhaufen häufiger werden und gelangt zuletzt zu wohl erhaltenen Lobuli, wo die Zentralvenen zwar erweitert erscheinen, die Leberzellbalken verschmälert, die Zellen atrophisch und von Fetttropfen durchsetzt, doch ist hier keine eitrige Infiltration oder Nekrose wahrnehmbar, sondern die Leberzellen und ihre Kerne sind gut tingiert. Hin und wieder sieht man aber das vorerwähnte Bindegewebe in langen Zügen in das Leberparenchym vordringen, ohne eine Reaktion hervorgerufen zu haben. Gegen das Zentrum des Nekroseherdes findet man wohl Anhäufungen von Eiterzellen und nekrotischem Gewebe, doch nirgends sind Kokken, Stäbchen oder sonstige Mikroorganismen nachweisbar. Um so auffallender ist der Befund in den Ausstrichpräparaten vom nekrotischen Gewebe, die während der Sektion angefertigt waren. Auch hier finden wir nicht viel Eiter — und Leberzellen mit Detritus und in demselben einzelne, allerdings nur bei genauem Durchsuchen auffindbare Fäden und Stäbchen von verschiedener Länge und der Dicke, wie wir sie für Streptothrixfäden charakteristisch kennen.

Der zweite Fall ist folgender:

N. K., 27 a. n., gest. 10. VIII. 04.6 h. p. m. Sekt. 11. VIII. 10 h. a. m. Leiche eines hochgradig abgemagerten Mannes von übermittlerem Wuchs. In der Bauchwand oberhalb der rechten Inguinalgegend eine vernarbte Operationswunde von etwa 10 Cm. Länge. Ueber Brust- und oberer Bauchgegend ein Verband. Nach Entfernung desselben finden sich 2 klaffende Operationswunden: eine unterhalb des rechten Rippenbogens an der Seite, in die Tampons eingeführt sind, und eine zweite in der Höhe der VII. Rippe rechts in den Thorax führend, auch von Tampons ausgefüllt.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle finden sich die Darmschlingen stark gebläht, in den oberen vorliegenden Partien ist die Serosa trocken und spiegelnd. In der Gegend des Coecum mit Eiterflocken bedeckt, sind die Darmschlingen zum Teil mit einander verklebt und dazwischen findet sich flüssiger, gelbe Flocken enthaltender Eiter, der im kleinen Becken und in den abhängenden Partien der Bauchhöhle reichlicher vorhanden ist, zumal auch unterhalb der Leber und um die Milz. In den unteren Partien der Bauchhöhle sind die Darmschlingen kollabirt, das Peritoneum verdickt und weist Ekchymosen auf. Das Coecum ist fest mit der vordern Abdominalwand verwachsen.

Im Pericard finden sich etwa 100 Cm. klaren gelben Serums. Die rechte Lunge fest am Thorax adhärent. Die linke Lunge frei. Pleura links ohne Flüssigkeit. Das Herz eher klein. In den Herzhöhlen wenig flüssiges Blut und Coagula. Klappen normal. Herzfleisch braunrot, derb; Herzwand eher verdickt.

Pleura der linken Lunge zart. Das Lungengewebe durchweg lufthaltig, trocken.

Bei Auslösung der rechten Lunge findet sich eine Höhle von mehr als Faustgrösse zwischen Lunge und Thorax, die mit der vorerwähnten Operationswunde kommuniziert. Die Lunge ist im Volum stark verkleinert, das Gewebe derb, zum Teil ganz luftleer, atelektatisch, trocken.

Milz kaum vergrössert. Kapsel gerunzelt. Gewebe braunrot, derb. Die Leber ist an der rechten Seite mit dem rechten Lappen ziemlich fest an die Bauchwand, entsprechend der Operationswunde fixiert. Ebenso sind bindegewebige Verwachsungen zwischen Oberfläche des rechten Leberlappens und dem Zwerchfell wahrnehmbar. Die Operationsöffnung führt in einen Hohlraum, der unmittelbar über der rechten Niere gelegen ist, ins Leberparenchym eindringt und von Granulationen ausgekleidet ist. Nach Auslösen der Leber findet sich an diesen Hohlraum angrenzend und mit ihm in Kommunikation ein weiterer von Apfelgrösse, der mit dickflüssigem Eiter erfüllt ist und von gelbem nekrotisiertem Gewebe gegen die Umgebung scharf abgegrenzt ist. An ihn schliessen sich, auf den rechten Leberlappen beschränkt, eine Anzahl gelber nekrotischer Herde von Wallnussgrösse an, mit gelbem zähem schleimigem Eiter erfüllt und von Strängen nekrotischen Gewebes durchzogen. Das gut erhaltene Lebergewebe braunrot, derb. Zentralvenen eben deutlich. Die Nieren etwas vergrössert, Kapsel leicht löslich, Oberfläche glatt. Gewebe braunrot, derb; Rinde etwas verbreitert, fettig glänzend.

In dem ausgestellten Präparat sieht man, dass im Parenchym in geringer Entfernung von den Nekroseherden kleine unregelmässig begrenzte, kaum gelblich verfärbte Partien auftreten, die als Vorläufer der fortschreitenden Nekrose deutlich imponieren.

Auch in diesem Falle sehen Sie den Prozess auf den rechten Leberlappen lokalisiert, per continuitatem von der Oberfläche ins Organ eindringen, ohne Metastasen auf dem Wege der Pfortader zu bilden. Hervorzuheben ist die fortschreitende Nekrose mit Aussendung von Vorläufern, mit Anbildung von Bindegewebe, in welchem Eiterhöhlen eingebettet sind, die eigentümlich schleimige Beschaffenheit des Eiters. Wir konstatieren den Unterschied gegenüber dem ersten Fall, da hier die eitrige Infiltration prävaliert und finden das auch durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Im mikroskopischen Bilde besteht die Peripherie aus lockerem Bindegewebe, in das reichlich Höhlen mit Eiterkörperchen erfüllt, eingestreut sind. Der eitrige Charakter ist hier viel deutlicher ausgesprochen, wie im ersten Falle. Auch die bakteriologische Untersuchung zeigt eine Abweichung insofern, als hier sowohl in Schnitten, als auch im Ausstrichpräparat und in der Kultur Staphylokokken nachweisbar waren. Dieser Befund rechtfertigt den eitrigen Charakter des Prozesses und in den Schnittpräparaten gewahren wir nicht nur in Eiterhaufen zerstreute Kokken, sondern auch jenseits der bindegewebigen Grenzmembran in den Leberkapillaren Zoogloeen.

Wenn wir somit aetiologisch und histologisch gewisse Differenzen zwischen den beiden beschriebenen Fällen haben konstatieren können, so ist doch auch zu beachten, dass sie etwas Gemeinsames haben und zwar ist es das Fortschreiten des Prozesses auf besonderen Wegen, wahrscheinlich Lymphwegen innerhalb der Kapsel oder des lig. suspensorium hepatis. Von hier ist der Prozess dann in das Leberparenchym eingedrungen und hat hier langsam um sich greifend grosse Verheerungen angerichtet, ohne auf dem gewöhnlichen Wege der Blut- oder Lymphbahn von der Pfortader aus zu Metastasen zu führen.

Meine Mitteilung kann ich nicht schliessen, ohne des wahrscheinlichen Grundes zu erwähnen, warum wir im ersten Falle die beschriebenen Streptothrixfäden in nur wenigen Exemplaren haben nachweisen können? Dies beruht einesteils darauf, dass die Streptothrichäen sehr schnell zerfallen und sich dann dem Nachweise entziehen, anderenteils sind sie im Gewebe überhaupt sehr schwer tingibel, was schon aus der grossen Anzahl von Tinctionsmethoden hervorgeht, die von den Autoren angegeben sind. Dabei wird betont, dass sie sich sehr schwer darstellen lassen. Aus eigener Erfahrung kann ich das durchaus bestätigen. Ja, es ist möglich, dass ich nur die richtige Färbung nicht angewandt habe, sonst würde ich sie in grosser Anzahl in den Präparaten finden.

4. Dr. Ucke demonstriert Kolonien von Diplococcus albus Bumm.

Klinisch verlief der Fall wie eine gewöhnliche Gonorrhöe. Das Kulturverfahren brachte den Nachweis, dass nicht der Gonokokkus der Erreger der Urethritis war. (Autoreferat).

Direktor: Dr. W. Kernig.
Sekretär: Dr. Wold. Fick.

XXXII. Versammlung der Ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg.

Vom 2.—5. August (n. St.) 1905.

Bericht von Dr. A. Lezenius (St. Petersburg).

Anwesend 120 Teilnehmer. Begrüssung der Versammlung durch Prof. Leber.

1. Sitzung.

Präsident: Landolt (Paris).

Heine (Berlin): Zur Therapie des Glaukoms; Erfahrungen über die Cyclodialyse. — Zweck der Operation ist die Herstellung einer Kommunikation zwischen Vorderraum und Suprachorioidealraum. Zu diesem Zweck macht H. mit gerader Lanze, in einem Abstand von 5—6 mm. vom Kornealrand parallel diesem einen Schnitt durch die Sklera und führt dann zwischen Sklera und Uvealtractus eine Spatel bis in die Vorderkammer, wobei das Lig. pectinat. durchstossen wird. Am Tage der Operation können Reizerscheinungen auftreten, die aber unter entsprechender Behandlung sehr bald zurückgehen; ebenso werden Blutungen in die

Digitized by Google

Vorderkammer schnell resorbiert. H. hat bei verschiedenen Glaukomformen 26mal operiert und ist mit der Wirkung, quoad Druckherabsetzung, sehr zufrieden. Die Technik ist einfach, die Operation auch dann möglich, wenn die Iridektomie wegen peripherer Verwachsungen ausgeschlossen ist, und Sklerotomien keinen Erfolg gehabt haben. In der Diskussion führt Sattler (Leipzig) Heine's Erfolge auf langsame Verheilung der Skleralwunde zurück; das vikarierende Eintreten des Suprachorioidealraumes bezweifelt er.

Uhthoff (Breslau) hat die Operation auch am sehenden Auge gemacht und gute Resultate erreicht. Er glaubt an einen Dauererfolg, besonders bei Buphthalmus. Seine Erfahrung hat gezeigt, dass bei dieser Operation Ablatio chorioideae selten eintrete. Auch Czermak (Prag), der allerdings nur einen Fall operiert hat, ist mit dem Erfolge zufrieden. Axenfeld (Freiburg) hat sich den gleichen Operationsplan, wie Heine, ausgedacht; hat aber erst seine Fälle von Amotio chor. länger beobachten wollen; letztere sei jedenfalls häufiger, als man annehme. Er fragt den Vortragenden nach der Beobachtungsdauer und wie die Operation bei atrophischer Iris verlaufe. Fuchs (Wien) hat sich von der Operation bis jetzt abhalten lassen, weil die Ablatio chor. so rasch verschwinde. Eine Obliteration des Suprachorioidealraumes sei selten. Siegrist (Bern) hat unter 3 Operationsfällen nie einen Erfolg gesehen; einmal war der Erfolg = 0, das 3 Mal trat sehr starke Blutung ein. Heine sagt im Schlusswort, dass seine Erfahrungen sich auf 4 Wochen—6 Monate beziehen; auch bei atrophischer Iris sei die Technik leicht.

Bielschowsky (Leipzig): Ueber latente Störungen des Gleichgewichts der Augen. Nach amerikanischen Autoren und Schön sollen Heterophorien und namentlich die Vertikaldivergenz die Ursache zu verschiedenen Erkrankungen sein. Diese Ansicht ist unhaltbar, denn nach B.'s Untersuchungen von 400 Fällen fanden sich bei neuropathischen Individuen durchaus nicht mehr Störungen im vertikalen und horizontalen Gleichgewicht des Auges, als bei Gesunden.

Bei ganz gesunden Individuen finden sich die erheblichsten Grade an Heterophorie, ohne dass sie eine Beschwerde davon verspüren.

v. Pflugk (Dresden): Beitrag zur Technik der Schieloperation, Vernähung und Zurücknähung. P. gründet seine Methode der Schieloperation darauf, dass bei normal gebautem Auge die Veränderung der Blickrichtung um 5 Grad nasal- oder temporalwärts der Ortsveränderung am Limbus corn. um 1,1 mm. entspricht, so dass man z. B. durch Verschiebung der Insertion des Rectus internus nach dem Limbus zu und des Rectus externus vom Limbus ab eine Verschiebung der Augenaxe nasalwärts erreichen kann, ohne einen Muskel zu verkürzen. Der Schielwinkel wird gemessen und die berechnete Grösse an der Bulbusoberfläche auf der Sklera markiert. Darauf folgt Bildung eines Bindehautlappens mit der Basis zur Nasenhaut über der Insertion des zu verlegenden Muskels; Freipräparieren des Muskels und seiner Sehne auf 15 mm. von der Insertion an; Durchstechen der Sehne mit 3 Seidenfäden. Markieren der neuen Insertion mit dem Messinstrument; Abtragen der Sehne hart am Bulbus. Auffrischen der Sklera an der neuen Insertion, oberflächliche Skleralnaht, Schluss der Bindehautnähte durch Knopfnähte. Bisweilen für 7 Tage, 14 Tage Atropin. Drei Wochen nach der Operation — Uebungen mit dem Stereoskop. Resultate: durch Verlegung der Insertion eines Muskels werden korrigiert: Schielstellungen bis ca. 9°; durch Verlegung des Schielmuskels und seines Antagonisten auf dem schielenden Auge — Divergenzschielen bis 20° und Konvergenzschielen bis 30°. Bei noch grösserem Schielwinkel muss die Operation auch auf dem zweiten Auge gemacht werden. Bis jetzt erprobt für reine Fälle von Strabismus concomitans und eignet sich besonders für die geringeren Grade von Schielstellung. Aus der gemeinsamen Diskussion über die letzten beiden Vorträge geht hervor, dass ein besonderes Zentrum für Orthophorie im Gehirn anzunehmen sei (Halben). Ferner, was die Pflugk'sche Methode anlangt, so bietet sie erstens nichts Neues mit Ausnahme der Skleralnaht und zweitens ist die Dosierung, wie Pflugk sie meint, wegen den individuellen Verschiedenheiten und Nebenadhäsionen nicht möglich. Sattler (Leipzig) rät den Effekt der Operation durch Zuziehung und Lockerung der Fäden 12—24 Stunden nach der Operation zu regulieren.

Elschnig (Wien): Ueber Keratitis parenchymat. Pathologisch-anatomische Untersuchung, aus der sich ergiebt, dass in seinem Fall von Keratit. parenchymat. e lue hereditaria diese Keratitis primär, d. h. ohne vorausgehende schwere Veränderungen im Uvealtractus, nur begleitet von geringfügigen Entzündungserscheinungen, daselbst aufgetreten ist. Im Parenchym der Cornea wurde beobachtet: Zerfall der Kerne, die Saftspalten sind mit feinkörniger Detritusmasse und Kernfragmenten gefüllt; ausgebreitete Vascularisation. Das Epithel ist hochgradig atrophisch. Die Membrana Descemetii ist intakt, das Endothel ist atrophisch. Die Gefässe der Sklera und Episklera sind von Rund- und Spindelzellen dicht umgeben. — In der Diskussion zeigt Stock 2 Abbildungen von Keratit. parenchymat. e lue hereditaria in beiden Fällen ist ein Defekt in der Membrana Descemetii vorhanden. Es wird aber zugegeben, dass die Keratit. parenchymat. primär als ein Ulcus corn. internum auftreten kann.

Krückmann (Leipzig): Ophthalmoskopisches und Klinisches über die Neuroglia des Augenhintergrundes. Auf Grund von embryologischen Untersuchungen hat K. festgestellt, dass der periphere Gliamantel des Sehnerven in das Augeninnere eindringt und erst an den Netzhautschichten aufhört. Das intermediäre Gewebe und das Grenzgewebe stellen die Ausläufer dieses Gliamantels dar. Ophthalmoskopisch unterscheidet K. einen vorderen und hinteren Gliaring und Gliareflex des peripheren Gliamantels. Die schwarzen Ränder von atrophischen Retinochorioidealherden, wie sie z. B. beim Halo, beim Konus und bei Chorioiditis disseminata vorkommen, sind epithelialgliöse Verbindungszonen mit gleichzeitiger Pigmentation der benachbarten Gliazellen. Die sog. Retinitis pigmentosa wird histologisch als eine Gliose mit sekundärer Pigmentierung der Gliazellenprotoplasmen bezeichnet. Die Fettkörperchenbildung wird zum grössten Teil auf die Tätigkeit der Neuroglia zurückgeführt. Die Sternfigur bei Retinitis albuminurica erklärt sich durch die anatomische radiäre Anordnung der Kapillaren.

Greeff (Berlin): Neues über Parasiten der Linse. Seit 1822 und 1833 sind keine Befunde über das Vorkommen von Filaria und Trematoden in der menschlichen Linse erhoben worden. Neuerdings hat Greeff nachgewiesen, dass Trematoden in der Linse der Fische in bestimmten Gegenden sehr häufig sind, so dass infolgedessen ganze Kataraktepidemien in Teichen zu beobachten sind. Auch bei einer einseitigen menschlichen Katarakt konnte Greeff zwei abgestorbene Saugwurmlarven nachweisen, die wohl mit Teichwasser in den Körper gelangt sind. Die Diskussion stellt fest, dass die Trematoden in fliessendem Wasser sehr selten sind.

Uhthoff (Breslau): Ueber die Augensymptome bei epidemischer Cerebrospinalmeningitis. Die Augenbefunde bei 110 Fällen waren folgende:

Neuritis optic.: 17 mal.
Metastatische Ophthalmie: 4 mal.
Keratitis: 3 mal.
Konjunctivitis: 1 mal.
Augenmuskelanomalien: 15 mal (Lähmung, Ptosis, Deviation conjugée, totale Ophthalmie).
Pupillenanomalien: 8 mal.
Nystagmus: 8 mal.
Lidspaltenverhalten: Lagophthalmus, Orbikularískrampf.

Auffallend ist bei der Neuritis optica das fast völlige Fehlen der Stauungspapille. Bei der metastatischen Ophthalmie erwies sich das Material nur in sehr geringem Masse virulent, ebenso fielen bakteriologische Untersuchungen negativ aus.

Stock (Freiburg): Ueber Augenveränderungen bei Leukämie und Pseudoleukämie. Es wird demonstriert an der Hand von Tafeln

1. Eine chronisch «lymphoide Leukämie». Hier besteht doppelseitiger Exophthalmus, doppelseitige Tränendrüsenschwellung und Drüsenschwellung in der Gegend der Parotis.
2. Einseitiger Exophthalmus durch retrobulbäre Geschwulst. Es handelte sich um Lymphosarkom des Keilbeines.
3. Fall von akuter lymphoider Leukämie mit riesigen präretinalen Blutungen und grüngelber Verfärbung der Retina.
4. Fall von Leukosarkomatose. Hier fanden sich auch Netzhautblutungen, daneben bestand aber eine dichte Infiltration der Chorioidea mit Leukocyten. Stock erklärt in der Diskussion, dass er sich diese Infiltration durch Austritt der weissen Blutkörperchen aus den Blutgefässen entstanden denkt.

Birch-Hirschfeld (Leipzig): Zur Diagnostik und Pathologie der Orbitaltumoren. Bespricht die sog. Pseudotumoren der Orbita. In 2 seiner Fälle handelt es sich um einseitigen schmerzlosen Exophthalmus. Bei der Krönlein'schen Operation konnte kein Tumor diagnostiziert werden. Die Aetiologie blieb dunkel. Der 3. Fall betraf gleichfalls einen schmerzlosen Exophthalmus. Bei der Krönlein'schen Operation fand man ein diffus infiltrierendes Sarkom. Nach $2^1/_2$ Monaten trat auch das andere Auge hervor. Nach der Operation zeigte sich eine diffuse Lymphomatose des retrobulbären Gewebes. Ein gleiches Bild zeigte der 5. Fall.

1. Demonstrationssitzung.

Elschnig (Wien) demonstriert Präparate zu seinem Vortrage über Keratitis parenchym.

Krückmann (Leipzig): Ueber einige Aderhautveränderungen bei Myopie. Farbige Skizzen eines Augenspiegelbefundes bei hochgradiger Myopie. Die sog. Blitzfiguren (Lacksprünge) werden als obliterierte Venen gedeutet.

Digitized by Google

Stock (Freiburg): Weitere Untersuchungen über hämatogene Tuberkulose der Augen des Kaninchens. St. weist darauf hin, dass hämatogen eine Chorioiditis disseminata und Iritis auftritt, welche wohl ausheilt, aber leicht Recidive macht. Ein Tier, das mit Tuberkulose infiziert wurde und bei dem die entstehende Iritis ausgeheilt war, wurde iridektomiert. Obschon pathologisch-anatomisch keine Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten, erkrankte ein zweites Tier, welchem das Irisstück in die Vorderkammer implantiert worden war, an typisch verkäsender Tuberkulose des Auges. Ausserdem werden Präparate einer tiefen Skleritis demonstriert, ebenfalls entstanden durch Infektion des Blutes mit Tuberkulose. An den Präparaten sieht man, wie die Entzündung von der Chorioidea auf die Sklera übergeht, welche verdünnt und vorgebuckelt wird. Diese Bilder sprechen dafür, dass auch bei der tuberkulösen Skleritis des Menschen der Prozess seinen Anfang in der Chorioidea oder dem Corpus ciliare nimmt und dann auf die Sklera übergeht. Man hat es hier mit hämatogener Tuberkulose zu tun. Ferner demonstriert St. Präparate eines epithelialen Tumors.

Pflugk (Dresden) zeigt zu seinem Vortrag:

1. Fixirpinzette mit Schiebervorrichtung.
2. Messapparat mit kleinem Messer zum Einritzen einer Marke in die Sklera.

Birch-Hirschfeld (Leipzig): 1. Zu seinem Vortrag Demonstration von Präparaten von disseminierter Lymphomatose der Orbita.

2. Präparate der Sklera hochgradig myopischer Augen.

Es wird die Ansicht Lange's von der angeborenen Aplasie der elastischen Fasern in der Sklera an der Hand von Präparaten eines myopischen Auges (36 D. Myopie) widerlegt. Auch Siegrist (Bern) hat 7 myopische Augen untersucht und stets normalen Gehalt an elastischen Fasern gefunden.

Axenfeld (Freiburg) demonstriert kavernöse Sehnervenatrophie und Dehiszenzen der Sklera bei hochgradiger Myopie.

Axenfeld (Freiburg) demonstriert die von Herbert gefundenen intraepithelialen Bazillen bei Keratitis punctata superficialis. In den, die grauen Herde bedeckenden Epithelien befinden sich Bazillen, die von einer Kapsel umgeben sind; sie färben sich sehr schwer und lassen sich bisher auf keine Weise kultivieren

Hess (Würzburg) hat zwei Pavianen trachomatöses Material auf der Konjunktiva verrieben; auf der Konjunktiva sind Knötchen zu bemerken.

Bielschwang (Leipzig) demonstriert ein Stereoskop mit verstellbaren Bildhaltern.

Best (Giessen) demonstriert mikroskopische Präparate von diabetischen Augen mit Glykogeninfiltration.

Normale Augen enthalten kein Glykogen.

Hippel (Heidelberg) demonstriert Präparate eines Mikrophthalmus mit Aplasie des Sehnerven, in welchem sich eine von der Retina ausgehende Geschwulst befindet. Es handelte sich nicht um Gliom, sondern um eine von der Glia ausgegangene gutartige Wucherung (Gliosis).

Wagenmann (Jena): Mikroskopische Präparate.

1. Ulcus corn. perfor. mit beginnendem Linsenaustritt.
2. Zur pathol. Anatomie der traumatischen Katarakte.
3. Sarkom der Chorioidea mit Haemorrhagien im Tumor, im subretinalen Raum und mit haematogener Pigmentierung im Opticus.

Römer (Würzburg) demonstriert, wie der Gehalt des Pneumokokkenserums an Schutzkörpern an Mäusen demonstriert werden kann.

Velhagen (Chemnitz): Präparate von Embolie der Arter. central. retin., bei freigebliebenem Cilioretinalgefäss.

Grunert (Bremen) demonstriert ein Probierbild mit verstellbaren Stangen.

Schaudigel (Frankfurt): Neurofibrillen in den Retinalganglienzellen der Selachier.

Schanz (Dresden) demonstriert seine neue Visiervorrichtung (cfr. Luzerner Bericht), an der er noch einige weitere Verbesserungen angebracht hat.

(Fortsetzung folgt.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Chef der militär-medizinischen Akademie, Prof. Dr. A. J. Tarenezki, der in der vorigen Woche einen zweimonatigen Urlaub zur Erholung antreten wollte, ist an der Gesichtsrose erkrankt. Zum Stellvertreter des erkrankten Chefs hat die Konferenz der Akademie den Professor der Psychiatrie Dr. W. Bechterew gewählt.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner ist dem Konsultanten der hiesigen Maximilian-Heilanstalt Dr. Richard Butz, der seit dem Ausbruch des Krieges als Oberarzt des Kreuzeserhöhungs-Lazaretts des Roten Kreuzes auf den Namen Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna fungierte, der St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Der Militärarzt der preussischen Armee Dr. Schäfer, welcher bekanntlich dem Evangelischen Lazarett im Fernen Osten attachiert war, hatte die Ehre, am 1. Oktober Seiner Majestät dem Kaiser in Zarskoje Sselo sich vorstellen zu dürfen.

— An der Universität Tomsk ist eine geburtshülflich-gynäkologische Gesellschaft ins Leben getreten, welche zum Präses den Professor Dr. Grammatikati, zum Vizepräses — Dr. A. Sakourzew, zum Sekretär — Dr. L. Korenewski und zum Bibliothekar und Kassierer — Dr. P. Lewenson gewählt hat. — Prof. Grammatikati hat der Gesellschaft seine Bibliothek zum Geschenk gemacht und ausserdem 100 Rbl. gespendet zu einer Prämie für die beste im Laufe eines Jahres von einem Arzt oder einem Studenten vorgestellte wissenschaftliche Arbeit über Geburtshülfe oder Gynäkologie. (Sib. Shisn — R. Wr.)

— Der Privatdozent für Bakteriologie an der Moskauer Universität Dr. Georg Gabritschewski hat, wie die «Russ» erfährt, einen Ruf auf den Lehrstuhl der Hygiene in Lemberg erhalten, ihn jedoch abgelehnt.

— Wie der «New-York Herald» meldet, hat ein reicher Einwohner von New-York, der vorderhand ungenannt bleiben wolle, sich bereit erklärt, 50,000 Dollars zu einem Fonds beizusteuern, dessen Gründung Professor Behring bewegen solle, sein Heilverfahren gegen die Schwindsucht sofort bekanntzugeben. Bedingung solle sein, dass ein Ausschuss von Aerzten, darunter ein von dem Geber der erwähnten Summe genannter, das Verfahren als erfolgreich anerkenne. Professor Behring hat jedoch das zudringliche 50,000 Dollars-Anerbieten jenes noch ungenannten Amerikaners, wie aus Paris gemeldet wird, zurückgewiesen. Er sagte, es sei nicht Gelehrtenart, unter den Augen einer Kontrollkommission zu arbeiten, wie jener Amerikaner wünsche.

Zu dieser Sache äussert sich ein hervorragender Bakteriologe in der «N. Fr. Pr.» folgendermassen:

Es ist zweifellos, dass jede Aeusserung über spezifische Immunisierungs- und Heilungsmethoden seitens eines Mannes wie Behring der gerade auf diesem Gebiete so unvergängliche Verdienste aufzuweisen hat, von jedem in diesem Fache experimentell arbeitenden Forscher ernst genommen und der genauesten Nachprüfung unterzogen werden wird. Ebenso sicher ist es auch die Pflicht eines jeden Sachverständigen, das Publikum und namentlich die Kranken — wie das übrigens Behring selbst getan hat — vorläufig zu warnen, ihre Hoffnungen allzuhoch zu spannen, denn gerade die auf dem Gebiete der Immunität und experimentellen Therapie erfahrenen Forscher wissen, wie weit noch der Weg ist, der selbst von einem durchaus gelungenen Laboratoriums-Experiment bis zur anerkannten Wirkung in der menschlichen Therapie zurückzulegen ist, und es wäre nichts bedauerlicher, als wenn Tuberkulöse jetzt schon allzu vertrauensvoll und geduldig mit Geringschätzung und Verschmähung der bisherigen Heilmethoden ihre ganze Hoffnung auf ein Verfahren setzen wollten, dass noch in keinem einzigen Fall an den so komplizierten Verhältnissen des menschlichen Organismus erprobt worden ist».

— Verstorben: 1) Am 3. Oktober in St. Petersburg der langjährige Oberarzt und Direktor des Irrenhauses «Aller Leidtragenden» an der Peterhofer Chaussee, Geheimrat Dr. Alexander Tscheremschanski, im Alter von 67 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher fast 45 Jahre hier die Praxis ausgeübt hat, war auch Mitglied des Aerztekonseils des Ressorts der Anstalten der Kaiserin Maria, zu welchen auch das genannte Irrenhaus gehört. Dr. Tsch. gehörte zu den hervorragendsten russischen Psychiatern und galt auch als tüchtiger Administrator und Organisator, der durch sein sachliches Urteil, wie durch sein anspruchloses, wohlwollendes Wesen und eine Sicherheit im Umgange mit Kranken und Gesunden allgemeine Achtung und Verehrung genoss. Er ist auch bekannt als Uebersetzer deutscher Facharbeiten ins Russische; so hat er z. B. das treffliche «Lehrbuch der Psychiatrie» von Krafft-Ebing mit Anmerkungen von Prof. Mierzejewski schon im Jahre 1881 in russischer Sprache herausgegeben. 2) Im Archangelschen Gouvernement, wohin er auf administrativem Wege auf 5 Jahre verbannt war, der Mohilewsche freipraktizierende Arzt Jankel Lurja im 43. Lebensjahre, nach 16-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er war erst vor einigen Wochen auf einen Befehl aus Petersburg ausgewiesen worden, weil er nach den im Herbst vorigen Jahres stattgehabten Judenverfolgungen in Mohilew die Polizei der Aufhetzerei und Untätigkeit beschuldigt hatte. 3) Am 12. September in Kischinew der Ordinator des Gouvernements-Landschaftshospitals Dr. Stephan Kirkorow im 37. Lebensjahre an Phthisis. Die Venia legendi hatte er vor ca. 10 Jahren erlangt. 4) In Warschau der

Digitized by Google

freipraktizierende Arzt aus Petrikau Dr. Thaddäus Ssoczolowski im Alter von 45 Jahren. Er ist seit 1884 als Arzt tätig gewesen. 5) Am 3. September in Ufa der Leiter der dortigen Pasteurstation Dr. Jakob Paltschikowski im 43. Lebensjahre am Typhus. Der Hingeschiedene hatte wie Dr. Ssokalski dem «R. Wr.» mitteilt, seine medizinische Ausbildung an der Kiewer Universität erhalten, an welcher er 1889 den Arztgrad erlangte. Nachdem er sodann fünf Jahre als Landschaftsarzt im Konotopschen Kreise gedient, widmete er sich 1895 dem Studium der Bakteriologie am hiesigen Institut für Experimentalmedizin und wurde dann Laborant des Kiewschen bakteriologischen Instituts. Im März dieses Jahres übernahm er auf Aufforderung des Gouvernements-Landschaftsamts in Ufa die Einrichtung eines Pasteurstation daselbst. Der Verstorbene ist auch vielfach literärisch tätig gewesen, namentlich auf dem Gebiet der Bakteriologie und Hygiene.

Von Universitäten, med. Instituten u. Kongressen.

— Von der medizinischen Fakultät der Odessaer Universität ist für den vakanten Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie daselbst der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie Dr. Wsewolod Orlow in Aussicht genommen worden.

— Zum Direktor des weiblichen medizinischen Instituts hierselbst ist, an Stelle Prof. Ott's, der Professor der physiologischen Chemie Dr. Salaskin, zu seinem Gehülfen — Prof. Dr. Kadjan und zum gelehrten Sekretär — Prof. A. Lichatschëw gewählt gewählt worden. Prof. Dr. Ott wurde gleichzeitig zum Ehrenmitglied des Instituts gewählt. (R. Wr.)

— Zum Nachfolger des verstorbenen Professors Nothnagel in Wien ist nunmehr, wie von dort gemeldet wird, der Direktor der II. medizinischen Klinik in München, Prof. Dr. Fr. Müller, berufen worden.

— An Stelle des verstorbenen Professors Dr. Albert Hilger ist der Direktor der naturwissenschaftlichen Versuchsabteilung im Reichsgesundheitsamte in Berlin, Prof. Dr. med. et phil. Theodor Paul, zum ordentl. Professor der Pharmazie und Vorstand des pharmazeutischen Instituts an der Universität München ernannt worden.

— Die medizinische Fakultät der Dorpater Universität hat sich auf einer der letzten Fakultäts-Sitzungen mit dem Modus des medizinischen Studienganges in diesem Semester beschäftigt und darüber, wie die «Nordl. Ztg.» berichtet, folgende Beschlüsse gefasst:

1) Die bedingungsweise Ueberführung in den nächstfolgenden höheren Kursus soll nicht stattfinden, weil eine derartige Ueberführung praktisch schwer durchführbar und nicht erwünscht erscheint, indem der Charakter des medizinischen Studiums mehr praktischer, als theoretischer Natur ist. (Man hat es sonach mit gutem Grunde für untunlich befunden, den im vorigen Semester eingetretenen Ausfall von Studienstoff für die Mediziner oder Pharmazeuten irgendwie zu überspringen oder durch ein verkürztes Verfahren zu ersetzen.)

2) Es sollen nur die üblichen Vorlesungen der geraden Semesterzahlen, also die des 2., 4., 6., 8. und 10. Semesters, für die Mediziner und Pharmazeuten gelesen werden; ausgenommen sind die für die neuimmatrikulierten Mediziner und Pharmazeuten bestimmten Vorlesungen, die natürlich dem ersten Semester entsprechen müssen.

— An der Kiewer Universität sind nur 2 Personen in der medizinischen Prüfungskommission zum Examen vorgegangen, haben aber gleich die ersten Prüfungen nicht bestanden.

— Die Vorlesungen und praktischen Uebungen finden bis jetzt noch an keiner russischen Universität statt. Das einzige Kolleg, das am 30. September an der Dorpater Universität von dem Anatomen Prof. Dr. Rauber von 7 -9 Uhr morg. in Anwesenheit von ca. 30 Gliedern des Chargiertenkonvents und 3 russischen Studenten gelesen wurde, musste eingestellt werden, da eine Bekanntmachung des Rektors am schwarzen Brett bereits wieder die Schliessung der Universität anordnete. — Am 5. Oktober ist die Universität Tomsk auf Anordnung des Konseils auf unbestimmte Zeit geschlossen worden. Den Studenten werden Urlaubsscheine auf 28 Tage ausgestellt.

— Die Verwaltung der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow macht bekannt, dass der X Pirogowkongress vom 4.—11. Januar 1906 in Moskau stattfinden wird. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 10 Rbl. Medizinische Vereine und Institutionen die den Mitgliedsbeitrag entrichten, sind berechtigt, einen von ihnen gewählten Delegierten zum Kongress zu entsenden. Alle diejenigen, welche Vorträge auf dem Kongress zu halten beabsichtigen, werden ersucht, die Titel derselben bis zum 15. Oktober aufzugeben und Autoreferate oder wenigstens die Thesen ihrer Vorträge bis zum 1. November d. J. einzusenden. Anmeldungen zum Kongress, wo möglich unter Beifügung des Mitgliedsbeitrages, werden ebenfalls baldmöglichst erbeten. Unterzeichnet ist die Bekanntmachung von dem Vorsitzenden der Verwaltung G. Gabritschewski und dem Sekretär P. Karkin.

Epidemiologisches.

— Cholera. Im russischen Weichselgebiet sind im Laufe von 3 Tagen (29. Sept.—1. Okt.) 13 Neuerkrankungen vorgekommen, von denen 8 tödlich verliefen. Am 2. Oktober wurden nur aus Lomsha 2 Cholerafälle gemeldet.

In Preussen betrug die Gesamtzahl der Cholerafälle bis zum 1./14. Oktober 275 Erkrankungen mit 91 Todesfällen.

Das Verhältnis der Todesfälle zu den Erkrankungen an der Cholera ist in Russland ein viel ungünstigeres als in Deutschland; in Russland ist es ungefähr 2 : 3, während es in Deutschland nur 1 : 3 ist.

— Pest. Im Hinblick darauf, dass seit dem letzten Pestfall bereits 15 Tage verflossen sind, hat die Sanitätskommission den Bewohnern der Niederlassung und Station Mandschuria gestattet, diesen Ort wieder auf allen Wegen zu verlassen. Den Bewohnern von Dalai-Nor ist solches nur nach ärztlicher Besichtigung gestattet. — Es sind Nachrichten über Todesfälle an der Pest in sechs mongolischen Jurten eingetroffen. Es wurden daher Aerzte dorthin entsandt.

Die Oberärzte des Tschernigowschen und des Kiewschen Lazaretts haben der Verwaltung der Gesellschaft des Roten Kreuzes von der Station Mandschuria mitgeteilt, die Epidemie in Dalai-Nor sei schon um Mitte August zum Ausbruch gelangt. Es wurde aber erst am 10. September die Krankheit bakteriologisch konstatiert.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 24. Sept. d. J. 10031 (312 mehr als in d. Vorw.), darunter 904 Typhus — (73 mehr), 978 Syphilis — (18 mehr), 265 Scharlach — (10 mehr) 165 Diphtherie — (12 mehr), 48 Masern — (1 wen.) und 11 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 18. bis zum 24. Sept. d. J. im ganzen 645 (369 M., 276 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 24, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 18, Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 19, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 57, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 15, Tuberculose der Lungen 82, Tuberculose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 65, Totgeborene 43.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 14. Okt. 1905.

Tagesordnung: Petersen: Ueber Spirochaete pallida bei Syphilis.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 24. Okt. 1905.

Digitized by Google

Winterkur für Lungenkranke.

Dr. Brehmer's Heilanstalten in **Görbersdorf Pr.-Schl.**

Mässige Preise. — Chefarzt Dr. v. Hahn.

Prospekte kostenlos durch die Verwaltung.

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (63) 18—9.

Dr. Emmerich's Heilanstalt

für Nerven-, Morphium-, Alkohol- etc. Kranke

Gegründet 1890 **B.-Baden** *Gegründet 1890*

Mildeste Form der Morphium-Entziehung ohne Zwang und Qualen unter sofortigem Wegfall der Spritze in 4—6 Wochen.

Prospekte kostenlos (Geisteskranke ausgeschlossen)

Bes. u. dirig. Arzt Dr. Arthur Meyer. 2 Aerzte.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw**, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose, chron. Ekzeme.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg, 4.

Dr. med. E. Blessig

wohnt jetzt:

W. O., 4 Linie, 5.

Sprechstunde täglich (ausser Mittwoch u. Sonntag)

v. 4—6 U.

Telephon № 20557.

Ein sehr nützliches Produkt aus Cascara-Sagrada

„CASCARINE LEPRINCE"

$C^{12} H^{10} O^5$

Medizinische Akademie 12. Juli 1892.

Akademie d. Wissenschaften 1. April 1893 u. 3. Juli 1899.

Erprobt: bei gewöhnlicher Verstopfung, Leberleiden, als antiseptisches Mittel für die Verdauungsorgane; bei Atonie des Verdauungskanals, Verstopfung bei Schwangeren und mit der Brust Stillenden, und gegen Gallenstein.

Gewöhnliche Dosis in Pillen: 2 Pillen nach dem Essen oder zur Nacht vor dem Schlafengehen.

Haupt-Depot: 62, rue de la Tour, Paris. (32) 12—10.

Depot in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства.

Совершенно не раздражаетъ. Охотно принимается. Хорошо усваивается. Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

Digitized by Google

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—18.

Bad Roncegno
(Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

PERTUSSIN
Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker,** Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (99) 10—2.

Anthrasol (Knoll)
Entfärbter Teer.
Besonders juckstillend und keratoplastisch. Anwendung wie gewöhnlicher Teer.

Styptol (Knoll)
Uterines Haemostaticum.
Vereinigt die blutstillende Wirkung des Cotarnins und der Phtalsäure.

Literatur und Proben kostenlos!
KNOLL & Co. • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Sanatorium Villa Primavera.
Gardone Riviera, Italien.
Prospekte des Sanitätsrats Dr. **Koeniger.**

Südende b. Berlin
San.-R. Dr. Brügelmann'sche Klinik für Asthma u. verw. **Nervenkrankheiten, Nasen- u. Halsleiden.**
Prosp. gratis d. d. Oberin E. Hagelberg.
cf. Brügelmann: Lehrbuch ü. Asthma. IV. Aufl. b. Bergmann, Wiesbad.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Airol
Asterol
Sulfosotsirup
Thiocoltabl.
Thiocol

Thigenol
Synthetisches Schwefelpräparat.
Braune dicksirupöse, geruch- und geschmacklose Flüssigkeit.
Leicht resorbierbar, juckreiz- und schmerzlindernd, fleckt nicht die Wäsche.
Glänzend bewährt in der gynaecologischen Praxis und Dermatotherapie.
Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche".

Sulfosotsirup
die idealste Form der Kreosot-Therapie
wegen seiner Billigkeit für die Kassenpraxis geeignet.
Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.
Warnung! Sulfosotsirup ist nur echt wenn jede Flasche mit uns. Firma versehen ist.

Arsylin
Protylin
Brom-Protylin
Eisen-Protylin
Digalen

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Дозв. ценз. Спб., 10 Октября 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
NOV 28 1905

XXX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Peth., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 41 St. Petersburg, den 15. (28.) Oktober. **1905.**

Inhalt: Dr. A. Schabert: Zur Pathologie und klinischen Diagnose der Endocarditis acuta. — Dr. Terrepson: Die Rolle der bakteriologischen Untersuchung in der Therapie der Gonorrhöe. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Einführung in das Studium der Ohrenkrankheiten, unter Mitwirkung von Prof. H. Schwartze, bearbeitet von Prof. C. Grunert. — Th. Heryng: Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Kehlkopfkrankheiten. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Tagesnachrichten. — Anzeigen.

(Aus dem Stadtkrankenhause zu Riga).

Zur Pathologie und klinischen Diagnose der Endocarditis acuta.

Von
Dr. A. Schabert.

Das pathologisch-anatomische Material an akuter und rekurrierender Endokarditis ist in den letzten Jahren im Leichenhause des Stadtkrankenhauses ein so reichliches gewesen, dass es sich rechtfertigen liesse, dasselbe, nach gewissen Gesichtspunkten geordnet, zu rekapitulieren, um einige Schlüsse für die pathologische und klinisch-diagnostische Betrachtungsweise der Erkrankung zu gewinnen. Wenn zu diesem Zweck die letzten 50 zur Sektion gelangten Fälle herangezogen werden sollen, so entstehen zunächst Schwierigkeiten, die Gesamtheit derselben in eine richtige Position gegenüber der herrschenden Einteilung des Krankheitsbegriffes zu bringen.

Die Anatomen sprechen von einer E. verrucosa und ulcerosa, die Bakteriologen von einer E. strepto-staphylo-pneumomycotica und die Kliniker, von verschiedenen Gesichtspunkten ausgehend, von einer E. rheumatica und septica im Sinne von Lenhartz oder einer benigna und maligna im Sinne von Litten. Jede dieser Einteilungen hat ihre unzweifelhafte Berechtigung, ohne erschöpfend sein zu können. Vielleicht ist die Einteilung nach bakteriologischen Gesichtspunkten zur Zeit die exakteste, namentlich im Hinblick auf neue therapeutische Untersuchungen mit Antiseris; aber in ihrem System ist noch eine Lücke vorhanden, die erst die Zukunft zu schliessen hat, die Differenzierung des ac. Rheumatismus. Weder Kliniker noch Bakteriologen können sich heute abschliessend über ihn äussern, wie das bereitwillig von v. Juergensen auf der einen, von v. Lingelsheim auf der anderen Seite zugegeben wird. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend, habe ich es ganz vermieden, mich für eine der genannten Einteilungen zu entscheiden und meine, dass sowohl am Sektionstisch wie in der Klinik die Unterscheidung der akuten und chron. Form der Endokarditis ausreichend ist.

Unter den 51 Fällen von akuter Endokarditis während der letzten 3 Jahre, die sich auf die einzelnen Jahre fast gleichmässig verteilen (17 : 18 : 16), befanden sich 40 männliche und 11 weibliche Leichen im Alter von 10—70 Jahren, die höchste Ziffer im II. und III. Dezennium erreichend, dann allmälich abfallend.

50 mal wurde dem Leichenhause die klinische Diagnose zugesandt; unter diesen nur 17 mal die Diagnose Endokarditis als Todesursache und Hauptdiagnose angegeben, 33 mal haben andere klinische Erscheinungen so sehr prävaliert, dass sie in erster Linie berücksichtigt worden sind und zwar lauten die Diagnosen: Klappenfehler 19 mal, Hemiplegie 3 mal, Nephritis acuta und Sepsis je 2 mal, Tuberkulose, Pneumonie, Lymphosarcoma je einmal, Moribunde 4 mal.

Unter den äusseren Befunden sind die wichtigsten die Oedeme, welche in 70 pCt. der Fälle vorhanden waren und fast immer den unteren Extremitäten angehörten. Je weiter und reiner die E. ac. verläuft, desto geringer sind sie oder sie fehlen ganz. Sie sind fast immer der Ausdruck der mechanischen Zirkulationsstörungen durch Klappenveränderungen oder sie entsprechen einer komplizierenden Nephritis, bei der sie aber auch sehr häufig völlig vermisst werden. Kapilläre Hautblutungen fehlen in schweren Fällen nur selten.

Das Perikard war 19 mal beteiligt und zwar 13 mal als Hydroperikard, wobei der Inhalt mehrmals 1000—1500 ccm. erreichte. So viel ich sehe, ist über das Wesen des Hydroperikards bei der E. ac. in systematischer und spezieller Weise noch nichts Eingehendes in der Literatur gebracht worden, bildet daher noch eine dankenswerte Aufgabe weiterer Forschung; in 10 pCt. bestand fibrinöse Perikarditis, die dem Perikard das bekannte villöse Aussehen giebt; einmal, fand sich chron. adhaesive Perikarditis. Klinisch gehören alle 3 Veränderungen des Perikards nach unseren Erfahrungen hier zu

Digitized by Google

NOV 28 1905

denjenigen, die der Diagnose grosse Schwierigkeiten bereiten und häufig nicht diagnostiziert werden.

Ergüsse der Pleurahöhlen von 1000 und mehr Ccm. fanden sich 16 mal, die durchaus nicht immer zu erklären waren durch Erkrankungen der Lungen, in einzelnen Fällen vielmehr den Eindruck selbständiger, primärer Entzündung machten. Das Peritoneum war in den 51 Fällen frei. Die Beteiligung des Perikards mit 38 pCt., der Pleura mit 32 pCt. erscheint nicht nur in diagnostischer, sondern auch in pathologischer Beziehung bedeutsam. Diese Exsudate sind in einer grossen Mehrzahl der Fälle keimfrei, was auch an unserem Material zu konstatieren war, so dass in diesen Fällen eine bakteriotoxische Genese der Entzündung der Serosa angenommen werden kann. Ist das richtig, so darf an eine Analogie mit den synovialen Ergüssen des ac. Rheumatismus gedacht werden, welche gleichfalls keimfrei gefunden werden. Die histologisch und funktionell so ähnlichen Tegumente der serösen und Gelenkhöhlen wären alsdann unter dem gemeinsamen Gesichtspunkte einer Praedilektionsstelle der Manifestationen des rheumatischen und septischen Virus aufzufassen.

Die Beteiligung der Klappen wurden in 72 pCt. der Fälle von klinischer Seite avisiert und zwar 17 mal als akuter, 19 mal als chron. Klappenfehler. Wie ersichtlich, ist die Maskierung der frischen E. durch den chron. Klappenfehler ein häufiges Vorkommnis, wenigstens an unserem Material. Eine sorgfältige Beobachtung und Würdigung der Temperatur der Herzkranken kann nach meiner Erfahrung am ehesten zur Aufdeckung einer den chron. Klappenfehler begleitenden Endokarditis führen. Wo die Endokarditis ac. unter stürmischen Fiebererscheinungen verläuft, da ist in ihnen ein genügender, alt bekannter Hinweis ja vorhanden; einzelne, mehr protrahierte Formen verlaufen aber unter so geringen Erhebungen der Temperaturkurve, dass sie leicht vernachlässigt werden. Sehr mit Unrecht, denn sie sind, nach Ausschluss anderer, die Temperatursteigerung bewirkender Möglichkeiten, äusserst beachtenswerte Hinweise für das Bestehen einer den chron. Fehler begleitenden Endokarditis in akuter Form.

Ueber die Beteiligung der einzelnen Klappensysteme am endokarditischen Prozess bin ich bei der Durchsicht meiner Kasuistik zu einem von der Lehrmeinung abweichenden Resultate gelangt. Die meisten Schriftsteller, so z. B. v. Juergensen geben an, dass die Aorten und Mitralklappen in fast gleicher Beteiligung erkranken. Das trifft bei unserem Material nicht zu. In der monovalvulären Form herrscht die Erkrankung der Aortenklappen auffallend vor; wir fanden, nach Abzug von 50 pCt. kombinierter Erkrankungen, 21 mal nur die Aorta und nur 5 mal die Mitralis allein erkrankt. Die Beteiligung der Aorta ist demnach 4 mal so häufig als die der Mitralis. Einer gleichzeitigen Erkrankung von Mitralis und Aortenklappen begegneten wir in der Hälfte der Fälle, was für das klinische Studium gewiss von Bedeutung ist, da die klinische Diagnose der monovalvulären Formen meist zu den leichten, die der kombinierten Fehler schon zu den schwierigeren Aufgaben der Diagnostik gehört. Die gefundene Häufigkeit der kombinierten Erkrankung wird uns zur Vorsicht mahnen in allen Fällen, denen der klassische Typus des monovalvulären Klappenfehlers fehlt, und den Verdacht erregen, einem kombinierten Fehler gegenüber zu stehen.

Die Vergrösserung des Herzens, meist durch Hypertrophie mit oder ohne Dilatation eines der Ventrikel und, entsprechend der überwiegenden Erkrankung der Aortenklappen, meist durch eine solche des l. Ventrikels bedingt, war in den rekurrierenden Fällen natürlich stärker als in den frischen. Im allgemeinen wurde 31 mal ein vergrössertes Herz notiert, so dass dieser, auch klinisch meist leicht zu erhebende Befund durch seine hohe Zahl in der Verwertung der diagnostischen Zeichen einen breiten Platz beanspruchen darf. Das Myokard zeigte makroskopisch meist das Aussehen eines trüben, degenerierten Muskels, nächstdem fanden sich (4 mal) ältere Schwielen, einmal ein frischer Herzinfarct und einmal eine akute interstielle eitrige Myokarditis.

Unter den Miterkrankungen der Lunge heben sich nur 2 Formen bemerkenswert hervor: die kroupöse Pneumonie und der Infarkt. Erstere trat 11 mal, letzterer 5 mal auf; lobuläre Herde sind natürlich häufige Nebenbefunde, zu den Seltenheiten gehört der embol. Abszess. In dieser Reihe verdient die kroupöse Pneumonie eine besondere Besprechung, die uns allemal in der, durch den Fränkel-Weichselbaum'schen Diplokokkus verursachten, bekannten Form gegenüber trat. Ueber die Beziehungen der kroupösen Pneumonie zu der ac. Endokarditis bestehen in der Literatur widersprechende oder aber völlig ungenügende Angaben. Die klinische Deutung unserer 11 Fälle lässt eine fast einheitliche Auffassung zu: die Endokarditis ist die Grundkrankheit, die Pneumonie die sekundäre, meist sub finem auftretende Affektion; sie entzieht sich als solche häufig der Diagnose aus Gründen, die in der humanen Rücksichtnahme auf die Schwerkranken liegen, denen man angreifende Untersuchungen bei feststehender Hauptdiagnose ersparen möchte. Dass die Pneumonie das primäre, die Endokarditis das sekundäre Leiden ist, kommt vor, ist aber selten; in unserer Kasuistik spricht nur ein Fall für diesen Zusammenhang.

Da die Endokarditis der Pneumonie vorausgeht, so liegt die Frage nahe, ob die Pneumonie durch das virus der Endokarditis verursacht wird. Für die meisten Fälle muss diese Frage verneint werden. Die Pneumonie wird nach unserer Untersuchung hier, wie auch sonst hervorgerufen durch den Fränkel'schen Diplokokkus, während der Endokarditis meist Strepto- oder Staphylokokken zu Grunde liegen. Sektionsprot. Nr. 461/1904 ist ein schönes Beispiel: Patientin erkrankte an puerperaler Sepsis, die auf Streptokokken beruhte, bekam im Verlauf derselben eine Endokarditis und sub finem eine Pneumonie. Im pneumonischen Exsudat wurden Pneumokokken, in den endokarditischen Effloreszenzen Streptokokken neben spärlichen Staphylokokken durch Kultur nachgewiesen. Wenn demnach die haematogene Infektion ausgeschlossen erscheint, so müssen wir annehmen, dass die Pneumonie bei Endokarditis ebenso bronchogen entsteht, wie sie das auch sonst tut, also als Komplikation sui generis aufzufassen ist. Für einen solchen Zusammenhang der Dinge sprechen auch statistische Gründe. Die Endokarditis als Folge der Pneumonie d. h. also, die Pneumokokkenendokarditis in erster Linie wird von allen Autoren (Sello und andere) mit ungefähr $^1/_2$% angegeben, während die Pneumonie als Komplikation der Endokarditis mit ungefähr 20—22 pCt. nach unseren Erfahrungen einzuschätzen ist.

Die Mitbeteiligungen der Nieren bei der Endokarditis ac. im Sinne einer Fernwirkung nehmen numerisch die höchste Stelle ein; sie können 3-facher Art sein: entweder handelt es sich um eine diffuse Nephritis, gewöhnlich in der haemorrhagischen Form, oder um eine miliare embolische Nephritis oder um Infarkt. Die erstere ist eine diffuse Erkrankung des spezif. Epithels und der Glomeruli und vollzieht sich als bakteriologischer Vorgang; die Nierensubstanz ist frei von Mikroorganismen; die zweite Form beruht auf lokalisierter Entzündung des Bindegewebe-Gefässstockes des Organes durch Anwesenheit von Mikroorganismen, und die dritte entspricht einem mechanischen Vorgange. Die haematogene diffuse haemorrhagische Nephritis fand sich unter 51 Fällen 21 mal und war unter diesen 17 mal klinisch

Digitized by Google

diagnostiziert worden; sie bestand demnach in ca. 42 pCt. der Fälle; darunter geht der eminent praktisch diagnostische Wert dieser Komplikation hervor; die leicht nachweisbare ac. haemorrh. Nephritis ist stets eine Warnung, eine Endokarditis nicht zu übersehen; sie führt zum Verdacht einer solchen, auch wenn die physikalischen Zeichen am Herz- und Gefässapparat noch zweifelhaft sind oder gar fehlen, und hilft uns in Fällen, wo wir differential-diagnostische Bedenken haben gegen Typhus, Meningitis, ac. Miliartuberkulose, schwere Anämie etc. Infarkte wurden 5 mal notiert, so dass mit ihnen eine Miterkrankung der Nieren in ca. 50 pCt. aller Fälle von ac. E. vorlag. Die embol. Form der Nephritis ist bei weitem seltener und gehört mehr der kryptogenetischen Form der Sepsis an, zu der die Endokarditis vielfache Beziehungen hat. Anatomisch fand sich ferner häufig das Nierenbecken mitbeteiligt, das auch bei fehlender Entzündung der Nierensubstanz durch seine starke Injektion auffiel.

Die Milz bot gewöhnlich das Aussehen eines ac. Milztumors (80 pCt.), 5 mal fanden sich grössere Infarkte, 1 mal ein Abszess. Der Milztumor gilt klinisch als wenig bedeutungsvoll, er sei auch schwer nachweisbar, sagt Leube. Im allgemeinen ist das richtig; aber ebenso gewiss ist es, dass er sehr gross werden kann, leicht nachweisbar wird und gerade durch seine Grösse die Diagnose auf eine falsche Bahn lenkt (Leukämie, Pseudoleukämie). Dafür bringt Romberg ein schönes Beispiel, dem ich aus eigener Erfahrung ein anderes an die Seite setzen kann mit dem Bewusstsein, einer Fehldiagnose aus dem Wege gegangen zu sein. Unter den angeführten Fällen hat nur einer durch die Trias: Drüsenschwellungen, hochgradige Anämie, Milztumor eine Fehldiagnose veranlasst. — Ueber 39 Milze liegen bei unserem Material Messungen vor; darnach gruppieren sich die einzelnen Milze ihrer Länge nach folgendermassen: 12 Ctm. 2 mal, 13 Ctm. 7 mal, 14 Ctm. 7 mal, 15 Ctm. 6 mal, 16 Ctm. 2 mal, 17 Ctm. 3 mal, 18 Ctm. 5 mal, 19 Ctm. 3 mal, 20 Ctm. 3 mal, 21 Ctm. 1 mal. Wenn ich nur diejenigen Milze, welche über 16 Ctm. Länge haben, als durchschnittlich der Palpation zugänglich bezeichnen möchte, so wären unter 50 Fällen ca. 15 oder 30 pCt., die einen palpablen Milztumor ergeben müssten. Dieses wäre zwar nur ein theoretisches Postulat, aber in Zukunft doch auch praktischer Berücksichtigung wert; der positive Nachweis eines Milztumors wäre für die Diagnose zu verwerten.

Wenig Bedeutung ist den Veränderungen der Leber zuzusprechen; meist haben wir an ihr die Zustände der Stauung, mithin eine mehr oder weniger vorhandene Volumszunahme konstatieren können und zwar um so bestimmter je mehr die Endokarditis als mechanisch wirksamer Klappenfehler bestand.

Das letzte Organ, welches den Ort einer Fernwirkung der Endokarditis repräsentiert, ist das Gehirn. Unter der Maske einer Hemiplegie trat die Endokarditis uns 3 mal entgegen; 6 mal wurde ein Herd erst bei der Sektion gefunden. Sind die verschleppten Massen virulent, so tritt das seltenere Ereignis einer entzündlichen Affektion im Cerebrum auf, sei es als Meningitis oder als Encephalitis, oder als beides. Ich selbst hatte einmal Gelegenheit, im Verlauf der Endokarditis die Diagnose Encephalitis mit konsekutiver Meningitis zu stellen und sie anatomisch zu verifizieren. Der diagnostische Wert dieser Ereignisse ist m. E. nicht gering anzuschlagen, namentlich bei den Hemiplegien jugendlicher Individuen, deren Gros, meiner Erfahrung nach, sich auf Endokarditis, Arbeitshypertrophie des Herzens oder chron. Nephritis zurückführen lässt.

Zum Schluss seien die Zustände des Blutes erwähnt. Im allgemeinen zeigen die Endokarditiskranken, ebenso die Leichen eine hochgradige Anämie: die Zahl der roten Blutkörperchen sinkt (Grawitz) und die Zahl der Leukocyten steigt (Curschmann). Beide Tatsachen und jede für sich sind indess inkonstante Erscheinungen, ihr positiver Ausfall erschwert die Differenzialdiagnose gegenüber den Bluterkrankungen (perniciöse Anämie, Leukämie), erleichtert sie aber gegenüber der Miliartuberkulose und dem Typhus, welche mit normaler Leukocytenanzahl resp. Leukopenie einhergehen.

Bakteriologisch wurden nicht alle, doch eine grössere Anzahl der Fälle untersucht; Streptokokken in der Ueberzahl, gemischt mit Staphylokokken, bilden das gewöhnliche bakteriologische Bild; reine Fälle dieser oder jener Mykose sind seltener. — Demnächst ist mit dem Pneumokokkus zu rechnen. Von selteneren Erregern fand ich einmal den Pyocyaneus in Reinkultur in den endokarditischen Efflorescenzen, ein Mikroorganismus, der bisher nur einmal in der Literatur von Blum als Endokarditiserreger erwähnt wird. Im allgemeinen dürfen die bakterio-diagnostischen Arbeiten auf diesem Gebiet nicht als abgeschlossen betrachtet werden.

Ueberblicken wir noch einmal das Material unserer 50 Fälle von Endokarditis, so geht daraus hervor, dass, neben den Erscheinungen am Herzen, eine Fülle häufig wiederkehrender Nebenumstände ihr einen ausgesprochenen pathologisch-anatomischen Charakter verleiht, dessen Wiedererkennen im klinischen Bilde die Diagnose der Endokarditis nicht erschwert, sondern erleichtert. Die Befunde an den Lungen, den Nieren, der Milz, dem Gehirn, die histologischen und bakteriologischen Blutbefunde geben, ausser den Befunden am Herzen, eine solche Fülle von Tatsachen an die Hand, dass die Diagnose der Endokarditis gegen eine ganze Reihe differentialdiagnostisch in Frage kommender Erkrankungen meist gesichert erscheint. Am schwierigsten erscheint noch die Position des Diagnostikers gegenüber den schweren Bluterkrankungen und der Miliartuberkulose; aber auch sie dürften am ehesten überwunden werden, wenn die Fernwirkungen der Endokarditis als wertvolle Stützen für die Diagnose benutzt werden.

Die Rolle der bakteriologischen Untersuchung in der Therapie der Gonorrhöe.

Von
Dr. Terrepson.
Dorpat.

«Die Gonorrhöe ist eine Infektion der Schleimhäute, besonders der des Genitalapparates mit ernster Läsion des Gewebes durch den Gonokokkus». Es ist das ein Satz, der nicht genug hervorgehoben werden kann, da er das A und O unseres Verhaltens in der Gonorrhöetherapie enthält. Das, was die Gonorrhöebehandlung anzustreben hat, ist vor allen Dingen die Genesung, die in erster Linie durch Eliminierung des Gonokokken, in zweiter Linie durch die Behandlung des erkrankten Gewebes zustande kommt. Nun ist in den letzten Jahren die Gonokokkenfrage, besonders die Züchtung derselben in der Kultur, wieder in Fluss gekommen. Da die Züchtung der Gonokokken nur schwer zu gelingen pflegte, so suchte man nach Garantienährböden, in dem Sinne, dass die Gonokokken sich auf ihnen sicher entwickeln sollten, falls sie vorhanden.

Der Thalmann'sche schien nun ein solcher zu sein, es erwies sich aber, dass er das nicht hielt, was er versprach, da die auf ihm wachsenden Kokken meist schon bekannte Diplokokken der gesunden Urethra waren, die in Schwärmen auf ihm wucherten. Als sich nach mühsamen Arbeiten herausgestellt hatte, dass die Gonokokken

Digitized by Google

des Thalmann'schen Nährbodens wohl keine G. waren, da er die Eigentümlichkeit zeigte, dass die Gonokokken um so besser gediehen, je weniger klinische Anzeichen der Erkrankung vorhanden waren, so schien dieses Verfahren seiner Unsicherheit wegen wohl nicht mehr in Betracht zu kommen. Neuerdings ist nun wieder ein Nährboden empfohlen worden, und zwar von Dr. Paldrock. Von den letztgenannten Nährböden ist nun folgendes zu sagen: dass man von der Virulenz der auf ihnen gezüchteten Gonokokken nichts weiss, dass mit ihnen keine experimentelle Gonorrhöe erzeugt worden ist, dass es unbekannt ist, ob jeder einzelne Gonokokkus auf ihnen gedeiht, oder ob nicht eine ganz gewisse Zahl von Gonokokken zur Propagierung auf Nährböden erforderlich ist.

Auf alle diese Fragen erhalten wir nur eine Antwort, nämlich die, dass in diesem oder jenem Falle auf dem Nährboden Gonokokken gewachsen wären oder nicht. Dieses eine Kriterium hat aber für den behandelnden Arzt gar keinen Wert. Wenn eventuell in der Kultur keine Kokken gewachsen sind, so können sie trotzdem noch im Gewebe vorhanden sein. Dieser Umstand wird denn auch vom Bakteriologen anerkannt, und dahin bewertet, dass sie ja bei Abwesenheit auf der Oberfläche der Urethra natürlich in der Kultur nicht wachsen konnten. Das sind die Anhaltspunkte für die Sicherheit des kulturellen Nachweises. Sieht man sich nun aber den Kliniker an, so findet man, dass er eine wesentlich andere Richtschnur hat. Sie erscheint als eine Komponente von Vorhandensein einer akut entzündlichen Schwellung und Eiterung, in späteren Stadien einer Abschwellung mit morgendlicher Absonderung, in noch späteren Stadien vom Aussehen des noch Filamente enthaltenden Harnes. Sehr vertieft aber wird seine Anschauung durch die mikroskopische Untersuchung der Absonderungen, der kompakten in der Form des Eiters der residuellen, dissociierten in der Form der Filamente. Stets kann er mikroskopisch die Gonokokken und andere Diplokokken finden. Findet er sie aber schliesslich nicht, so weiss er ganz genau, dass es auf vielmalige Untersuchungen ankommt, um ihr Vorhanden- oder Nichtvorhandensein festzustellen. Aber nicht nur das ist von Wichtigkeit. Er sieht ferner den Harn, er weiss, dass Leukocyten in Form von Fäden nicht in denselben gehören, er weiss, dass selbst ein fortgesetztes Fehlen von Gonokokken nicht deren Abwesenheit beweist, so lange noch Eiter vorhanden ist. Die Kur wird deswegen nicht unterbrochen. In pflichtgetreuer Arbeit bringt er den Patienten dahin, dass mikroskopisch viel Plattenepithelien und wenig Eiter, und schliesslich gar keiner vorhanden ist. Noch hat er nicht, trotz der vielen Anhaltspunkte, die Sicherheit, dass keine Gonokokken mehr vorhanden sind. Er ist jetzt so weit gekommen, dass er die klinischen Merkmale der Gonorrhöe vollständig weggeschafft hat.

Sein Hauptaugenmerk hat sich nun noch auf die mikroskopische Ueberwachung des Patienten zu richten. Die Gonorrhöe ist eine Krankheit, die gewisse Reize nicht verträgt, der Patient muss also nun, wenn er wirklich geheilt ist, allen Schädigungen des täglichen Lebens gewachsen sein. Das hat Casper sehr genau gewusst, er hat mit Recht seine Provokationsmethode, Irrigation mit $^{3}/_{10}$ pCt. Höllenstein und nachherigem Biergenusse empfohlen, die in der Regel noch vorhandene Gonokokken zu Tage fördert. Ihr Fehlen nach dieser Probe, das Verschwinden der artifiziellen Eiterung nach 12—36 Stunden ist ein sicherer Beweis der Heilung.

Jetzt erst, wenn das klinische Bild ein gutes ist, soll der Bakteriologe in sein Recht treten, da es wahrhaftig nur dann einen Wert hat, Gonokokken kulturell zu finden, wenn der weitläufige Apparat des Arztes nichts mehr ergiebt. Das kann jedoch unmöglich von Interesse und irgend einem Nutzen sein, da Kulturen von Gonokokken zu machen, wo man genau weiss, dass sie vorhanden sind. Ein derartiges Verfahren käme nur in Betracht, um Nährböden zu erfinden oder erfundene auf ihre Tauglichkeit zu untersuchen. Es muss also die klinische Untersuchung in ihren vielen Kriterien zum Schlusse der Behandlung mit der bakteriologischen Hand in Hand gehen. Und nochmals muss, da sie für die Sicherheit ihres Verfahrens aufkommen will und soll, verlangt werden, dass sie Impfversuchen unterworfen werde. — Es klingt ethisch schlecht, ein derartiges Postulat aufzustellen, aber man kann nicht verlangen, dass wir, ein, meiner Ansicht nach, unsicheres Verfahren mit einer Chance des Gelingens oder Nichtgelingens, auf Treu und Glauben hinnehmen sollen, wo wir auf anderer Seite eine Menge sicherer Kriterien haben.

Die Impfung könnte gewiss in vielen Fällen mit Einwilligung der Patienten an ihnen selbst vorgenommen werden und würde selbst trotz einer angenommenen Immunität von Erfolg begleitet sein, da die Kultur doch als Zwischenwirt mit Virulenz erhöhender Eigenschaft angesehen werden muss. Eine Beobachtungszeit von 48 Stunden würde dann genügen, um den Prozess schadlos für den Patienten zu beseitigen. Doch glaube ich, dass man wohl für gewöhnlich nichts zu beseitigen haben wird.

Es darf also nach obigen Ausführungen die Kultur nur gemacht werden, um die endgültige Heilung zu konstatieren, nie aber im Beginn oder im Stadium irgendwelcher Absonderungen, denn mit welchem Rechte unterziehen wir den Patienten einer verhältnismässig hohen Ausgabe für eine durchaus unnütze Untersuchung? Ein derartiges Unternehmen ist mit ärztlicher Ethik durchaus nicht zu vereinigen; ausserdem begeht man dadurch ein schweres Unrecht, da man die Patienten in den Glauben hineintreibt, als ob die Abwesenheit der Gonokokken die Hauptsache wäre, und die Reste einer Gonorrhöe mit dem unendlichen Heere der Störungen, Strikturen und sexueller Neurasthenie, garnicht existierten. Wo bleibt da die pathologische Anatomie, wo bleiben da die Arbeiten bekannter Spezialisten, wie Finger, Kollmann, Oberländer? Sie brauchen nur die Therapie der Infiltrate und Strikturen einzusehen, um den grandiosen Schaden einer anderweitigen Wertung der Kulturuntersuchung, als der von mir verlangten, noch zu ermessen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Einführung in das Studium der Ohrenkrankheiten, ein Grundriss der Otologie in Form von akademischen Vorträgen für Studierende und praktische Aerzte, unter Mitwirkung von Prof. H. Schwartze, bearbeitet von Prof. C. Grunert. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1905. Preis 10 Mark.

Ein vortreffliches, nicht genügend zu empfehlendes Buch, welches sicherlich allseitig als eine höchst wertvolle Bereicherung der Lehrmittel der Disziplin aufs freudigste begrüsst werden wird.

Der Grundriss unterscheidet sich von den bisher erschienenen Lehrbüchern der Otologie nicht nur der Form nach, indem die Verfasser die zugänglichere und eindringlichere Form von akademischen Vorträgen gewählt haben, sondern auch wesentlich durch die Behandlungsweise des Stoffes.

Das Buch soll nämlich nicht, wie die meisten der Lehrbücher, als Nachschlagebuch für den fertigen Ohrenarzt, sondern als Nachlesebuch für die Studierenden der Halleschen Klinik und die praktischen Aerzte, die erst in die Disziplin eingeführt werden wollen, dienen. Diesen soll es die Grundsätze der Ohrenheilkunde, wie sie in der Halleschen Klinik von den Verfassern, unter Berücksichtigung der modernen Errungenschaften der Otologie, über Jahr und Tag erprobt und für festste-

Digitized by Google

hend gefunden worden sind, beibringen. Aus dieser Bestimmung ergiebt sich die rein subjektive Darstellung des Stoffes, die dem Buche das eigenartige Gepräge verleiht. Ein Vorwurf für diesen Subjektivismus, wie ihn die Verfasser selbst von verschiedenen Seiten erwarten, wäre aber kaum berechtigt, wenn man den Standpunkt die Verfasser im Auge behält, dass es nicht Sache des Anfängers sei, sich erst in den Wirrwarr der verschiedenartigen Lehren und Meinungen zu vertiefen und die kritische Auslese des wissenschaftlichen Materials auf sich zu nehmen; er bedürfe vielmehr einer bestimmten, festen Anweisung, einer fest ausgesprochenen Meinung, der er sich als Richtschnur bedienen könnte. «Am besten ist's auch hier, wenn ihr nur einen hört» — ist das dem Buche vorgesetzte Motto.

Dass aber auch der Studierende hier getrost diesen Ausspruch befolgen kann, dafür bürgen ihm die Namen des Altmeisters und seines rühmlich bekannten, hervorragenden Schülers und langjährigen Mitarbeiters in vollem Masse.

Das langjährige Zusammenwirken dieser beiden Forscher ermöglichte es auch, dass der Grundriss, an dessen Zustandekommen die Verfasser allerdings einen quantitativ ungleichmässigen Anteil hatten (von Schwartze sind die Kapitel 3 u. 4, von Grunert die übrigen 16 verfasst), das Gepräge eines einheitlichen, von einem Geiste durchdrungenen Werkes trägt — vom Geiste der treuen Wiedergabe der praktischen und theoretischen Lehren der Halleschen Schule.

Das Buch ist den ehemaligen und zukünftigen Hörern der Halleschen Klinik gewidmet und, wie gesagt, ausschliesslich für den Anfänger, als Einführung in das Studium der Ohrenkrankheiten, gedacht. Man kann aber diesem vorzüglichen Werke, dessen Studien auch jedem ausgebildeten Facharzte sicherlich ebensoviel Freude wie Belehrung bereiten wird, mit Bestimmtheit prophezeihen, dass es sehr bald in den weitesten Kreisen der fach- und praktischen Aerzte aller Zungen Eintritt finden wird. Insbesondere aber wäre es im Interesse des russischen Studierenden, der ja in der Ohrenheilkunde bedauerlicherweise ohnehin fast ausschliesslich auf Uebersetzungen aus fremden Lehrbüchern angewiesen ist, dass dieses Buch recht bald seinen kundigen Uebersetzer finde.

Der Rahmen einer Besprechung, zumal in einer allgemeinmedizinischen Zeitschrift, erlaubt es mir nicht, auf den Inhalt des Buches näher einzugehen, und möchte ich nur in aller Kürze einzelne Punkte streifen.

Die 18 Vorträge werden in einen allgemeinen und einen speziellen Teil derartig eingeteilt, dass dem ersteren 5, dem letzteren 13 Vorträge gewidmet werden.

In dem Kapitel über die allgemeine Diagnostik werden die verschiedenen technischen Manipulationen mit so virtuoser Klarheit und Einfachheit geschildert, dass sie auch dem Anfänger nicht die mindesten Schwierigkeiten bereiten werden. Der Abschnitt über die Hörprüfungsmethoden enthält gerade das Wichtigste, was der praktische Arzt wissen muss.

Die Einteilung der Mittelohrprozesse in die akuten u. chronischen Katarrhe und die akute und chronische Eiterung bietet dem Anfänger eine viel leichtere Uebersicht und Orientierung, als die verschiedenen komplizierteren Klassifikationen anderer deutschen Lehrbücher. Ebenso wird die übliche Einteilung des chronischen — nicht eitrigen — Katarrhs in mehr weniger scharf abgegrenzte Formen: in die «feuchte» (einfache, exsudative, oberflächliche) und in die «trockne» (hypertrophische, plastische, tiefe) Form, an welch letztere gewöhnlich auch die Otosklerose angereiht wurde, nicht mehr beibehalten. Vielmehr wird der chronische Mittelohrkatarrh als eine Erkrankungsform betrachtet, deren variables — der obigen Einteilung zugrunde liegendes — Auftreten blos als Uebergangsstufen eines und desselben Prozesses anzusehen ist.

Dem Kapitel über die chronische Otitis wird die Schilderung derjenigen Nasen- und Rachenkrankheiten einverleibt, die in enger ursächlicher und therapeutischer Beziehung zu dem Mittelohrprozesse stehen. In der ersten Reihe kommen da natürlich die adenoiden Vegetationen zu stehen, deren Diagnose und Therapie eingehend bearbeitet worden.

Ein wahres Meisterstück bilden die Kapitel 13 u. 14 — die ossalen und intrakraniellen Komplikationen der Mittelohreiterungen. Es bedurfte einer ganz besonderen Fertigkeit, um diese kompliziertesten Kapitel der Ohrenheilkunde in so klarer Darstellung zu halten, dass sie dem allgemeinen Praktiker keine grossen Schwierigkeiten, dem erfahrenen Ohrenarzte aber alles, was auf diesem Gebiete der Forschung und Erfahrung abgewonnen wurde, bieten. Die einschlägigen grösseren Operationen finden — weil der Domäne des praktischen Arztes nicht angehörig — keine ausführliche Beschreibung, werden aber im wesentlichen, namentlich was ihre Indikationen und Leistungen anbelangt, derartig allseitig kritisch beleuchtet, dass der Leser ein volles anschauliches Bild bekommt.

Die zahlreichen Vorzüge des Buches werden durch den fliessenden, lebendigen Stil vervollständigt, der die Lektüre äusserst interessant und anregend macht.

St. Petersburg. L. Lewin.

Th. Heryng: Untersuchungs- und Behandlungmethoden der Kehlkopfkrankheiten. (Berlin. Verlag von Julius Springer. 1905).

Obwohl im letzten Dezennium die laryngologische Literatur durch einige Werke von grossem Wert bereichert worden ist, die eine Fülle von Erfahrungen und Anregungen bringen, so ist gerade die Technik der Behandlung für den Studierenden nicht so ausführlich bearbeitet worden, wie dies für den Anfänger erwünscht wäre. Um diese sehr fühlbare Lücke der laryngologischen Literatur auszufüllen, hat sich Verf. in höchst dankenswerter Weise der grossen Mühe unterzogen, die lokale Behandlung der Kehlkopfkrankheiten, und zwar ihre Tecknik in erschöpfender, dem Studierenden und angehenden Spezialisten leicht zugänglicher Form zu schildern und die Erlernung derselben zu erleichtern. Dank der reichen, langjährigen Erfahrung des Verfassers ist ihm das Ziel vollkommen gelungen. Im ersten Teile des Werkes werden die verschiedenen Untersuchungsmethoden der Halsorgane, inklusive der neuesten, besprochen. Es folgt darauf eine sehr ausführliche Beschreibung der chemischen und physikalischen Behandlungsmethoden: der Inhalationen, Gurgelungen, Pinselungen, Einspritzungen, Einblasungen, Galvanokaustik, Elektrolyse, Faradisation, Galvanisation und Massage. In kurzen Worten wird auch der Beeinflussung des Kehlkopfes durch die Methoden der internen Therapie, der Hygiene und Diätetik desselben erwähnt. Bei den operativen Behandlungsmethoden werden neben der Ausführung der endolaryngealen Operationen auch die Vorbereitungen zu denselben, die Anaesthesie und Desinfektion sowohl des Patienten, als auch des Operateurs und seiner Assistenz, erörtert. Der letzte Teil ist der Instrumentenkunde gewidmet. Die zahlreichen in den Text gedruckten Abbildungen tragen sehr viel zum besseren Verständnis desselben bei. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche. Wir können dasselbe nur bestens empfehlen und hoffen, dass das Werk in kurzer Zeit eine grosse Verbreitung finden wird.

A. Sacher.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1414. Sitzung vom 2. Februar 1905.

Vor der Tagesordnung stellt Herr Dr. v. Krüdener einen Fall von beiderseitiger Iristuberkulose vor.

M. H. Vor Jahresfrist hatte ich Gelegenheit, Ihnen einen Tuberkelknoten in der Iris zu zeigen, und ich nehme heute Gelegenheit, Ihnen über den Verlauf der Erkrankung Bericht zu erstatten. Wir haben den Knoten im Verein mit H. Dr. Zwingmann aus der Iris excidiert, die Heilung ging anstandslos von statten, das Auge hat seine ursprüngliche Form und Grösse völlig beibehalten, nur liess sich das Sehvermögen natürlich nicht wiederherstellen; auch die Knochentuberkulose ist nach einem Sommeraufenthalt in Arensburg vollständig zurückgegangen.

Der zweite Fall von Iristuberkulose, den ich Ihnen heute vorstelle, ist viel traurigerer Art. Das 16-jährige Mädchen, sonst kräftig gebaut, leidet an ausgedehnter Tuberkulose der rechten Lunge. Vor 7 Monaten zeigte sich im linken Auge ein Knötchen, vor 5 Monaten begann die Iristuberkulose gleichfalls auf dem rechten Auge. Sie sehen jetzt links die untere Hälfte der Iris von 3 erbsengrossen Knoten besetzt, der mittlere ist bereits käsig zerfallen, das Auge ist dabei reizfrei, trotzdem die hintere Hornhautfläche mit einer Reihe von weissen, runden Präzipitaten besetzt ist. Rechts sehen Sie gleichfalls aussen in der Substanz der Iris, aus dem Kammerwinkel heraufsteigend, einen Tuberkelknoten nahe an's Hornhautniveau sich erheben. Innen sitzt auf dem Circulus minor ein hirsekorngrosses Knötchen, und oben, so wie unten im Kammerfalz sitzen je drei kleine, weisse Knötchen. Auch hier besteht etwas seröse Iritis mit Niederschlägen, das Auge ist aber reizfrei und die Iris erweitert sich auf Atropin nahezu ad maximum. Wenn wir auch von vorneherein auf diesen Befund die Diagnose Iristuberkulose beider Augen stellen können, und der Lungen-Befund dieses vollauf bestätigt, so erlaube ich mir doch kurz hervorzuheben, dass der Verdacht auf irgend einen Tumor völlig auszuschliessen ist, und ebenso Lepra und Lues, welche in ihrer äussern Erscheinung bei Iriserkrankungen ja ähnlich sind, aber einen andern Verlauf aufweisen. Die Sehschärfe ist hier auf dem rechten Auge nahezu $^1/_2$, auf dem linken etwa $^1/_3$. Therapeutisch und prognostisch ist der Fall desolat, eine Innunktionskur, welche vor einigen Monaten ein anderer Kollege angestellt hat, hat das Leiden eher zum Fortschreiten gebracht.

(Autoreferat).

Digitized by Google

Zu p. I. a. der Tagesordnung, der Demonstration der Dr. Dr. A. v. Mühlen und O. Klemm, giebt Dr. Anspach, welcher zuerst den Kranken behandelt hat, einige nähere anamnestische Daten, die das plötzliche Auftreten einer gefahrdrohenden Stenose illustrieren, weswegen er Herrn Dr. v. Mühlen zur Konsultation bat. Dr. Anspachs Referat lautet:

Den 18. Dezember 1904 erkrankte plötzlich das 9-monatliche Kind E. D. mit Fieber von 38,5° und sehr schwerer Atmung. Letztere wich nach einigen Stunden. Am nächsten Tage trat sie wieder auf und blieb bestehen. Am 4. Tage der Erkrankung wurde die Tracheotomie vorgenommen. Die Temperatur war bis dahin kontinuierlich. Kurz vor der Operation stieg die Temp. bis 39,5. Nach der Tracheotomie ging die Atmung ruhig und glatt vor sich. Der Erfolg der Operation war momentan eklatant. In der Nacht nach der Tracheotomie trat aber ein sehr schwerer asphyktischer Anfall auf, bei welchem die kleine Patientin durch die Kanüle einige Membranen expektorierte, die diphteritischer Natur zu sein schienen. Eine Seruminjektion erwies sich erfolglos. Das Kind überstand den Anfall trotz grosser Herzschwäche und auch den nach einigen Stunden eingetretenen zweiten Anfall. Erst beim dritten ging es zu Grunde.

(Autoreferat).

Herr Dr. v. Mühlen referiert folgendes: Die Stenosenerkrankungen boten zuerst den Charakter einer laryngealen Stenose, das Gerhardsche Symptom war vorhanden; da durch lang anhaltende Stenose das Herz zu sehr angegriffen wird, machte er am zweiten Tage die Tracheotomie, unter wenig Chloroform, um 7 Uhr abends; die Atmung war darnach frei, in der Nacht jedoch trat plötzlich Asphyxie auf; er ging nun mit einer Kanüle bis zur Bifurkation ein, die Atmung wurde nun wieder frei; um 2 Uhr Mittags trat wieder Asphyxie ein, wieder ein Erfolg durch Kanülen; beim dritten Anfall, einige Stunden später trat jedoch der Tod ein. Die Sektion brachte die Erklärung für das merkwürdige Krankheitsbild: eine vereiterte Lymphdrüse fand sich an der Trachea, welche dieselbe offenbar zeitweise komprimierte. Der n. recurrens wird wohl in den Druck hineingezogen worden sein, dadurch ist die partielle Lähmung zu erklären, indem nach dem Semon'schen Gesetz zuerst die Glottiserweiterer gelähmt werden, dadurch eine Postikuslähmung entsteht und infolgedessen die Stimmbänder aneinander liegen.

Dr. Otto Klemm demonstriert das Präparat: Epiglottis normal, die Trachea unterhalb der Operationswunde nicht irritiert, schleimig-rötliches Sekret überall in der Trachea bis in den Bronchus; die Lungen waren kollabiert gefunden bei der Sektion; sie enthielten wenig Luft; der Befund an den Lungen spricht für eine Erstickung; unterhalb des medialen Lappens der Thymus wurde ein Abszess gefunden, ½ Cmt. unterhalb der Bifurkation, zwischen ihr und dem Aortenbogen, dort, wo der n. recurrens verläuft; dadurch sind die klinischen Erscheinungen zu erklären. Der Eiter war dickflüssig; zeigte eine Reinkultur von Fränckelschen Diplokokken, oberhalb des Abszesses war noch eine streifige Infiltration in geringer Ausdehnung nachzuweisen. Wodurch der Abszess entstanden ist, ist unklar. Die Thymusdrüse war normal.

Vielleicht ist die Infektion von den Rachenorganen aus erfolgt, obgleich eine Angina nicht zu entdecken war.

Ihm ist ein ähnlicher Fall aus der Literatur nicht bekannt.

Dr. E. Schwarz schliesst sich Herrn Dr. v. Mühlen in bezug auf die Genese der Atemnot an; ähnliche Erscheinungen treten zuweilen bei Tabikern mit Postikuslösung auf, auch hier ist zuweilen die Tracheotomie nötig gewesen. Eine periphere Neuritis des n. recurrens liegt hier meistens vor. Die Anfälle sind besonders nachts sehr hochgradig, er selbst hat einmal einen solchen Fall im Krankenhaus erlebt.

Dr. v. Mühlen ergänzt seine Mitteilung dahin, dass er noch 2 ähnliche Fälle mit diesen Stenosenerscheinungen operiert habe, beide starben, doch konnte in ihnen keine Sektion gemacht werden; im ersten war Scharlach vorausgegangen, im zweiten Influenza.

b) Dr. v. Mühlen demonstriert seinen 2. Fall, nämlich ein Sarkom des Larynx, das chirurgisch angegriffen wurde.

Dr. v. Bergmann fragt, ob die Drahtsuturen durch den Knorpel gelegt wurden.

Dr. v. Mühlen bejaht dies, hat Aluminiumsuturen gemacht.

Dr. v. Bergmann äussert Bedenken, mit starren Nähten den Knorpel anzufassen, er hat stets die Seide gewählt. Auch in bezug auf die Stimmbildung nach der Operation hat er gute Resultate gehabt. Bei einem 5-jährigen Knaben mit Laryngitis hypoglottica dauerte allerdings die Heiserkeit durch Jahre nach der Operation. Später aber trat doch noch normale Stimme ein.

Bei der Naht mit starren Suturen können leicht Nekrosen eintreten.

Dr. v. Mühlen führt aus, dass er nach Semon tief die Fascie gegriffen habe und nur wenig den Knorpel.

Im jugendlichen Alter werde die Tendenz zur Verwachsung ja besser sein, bei alten Menschen sei es vielleicht sicherer mit Draht zu nähen. Eine Heiserkeit besteht in seinem Fall nicht; bei malignen Neubildungen habe die Rücksicht auf die Funktion der Stimmbildung zurückzustehen, in diesen Fällen könne man ganz ruhig den Knorpel stark mitnehmen; in den meisten so operierten Fällen ist die Stimme trotzdem ausreichend gewesen.

P. 2 der Tagesordnung, die Demonstration zweier Fälle von Aniridie durch Dr. v. Hedenström, fällt wegen Erkrankung einer der Kranken aus.

P. 3. Dr. v. Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag:

«Zur Kasuistik der Bauchschüsse».

Dr. v. Sengbusch zweifelt daran, dass das Mantelgeschoss garnicht deformiert werden soll; im übrigen meint er, man müsse daran denken, das der betreffende Schuss doch ein direkter gewesen sein könne.

Dr. v. Bergmann stellt dem gegenüber fest, dass es durch viele Untersuchungen, z. B. durch Bruns, sichergestellt ist, dass das Geschoss auf kurze Entfernungen nicht deformiert zu werden braucht.

Die beiden Soldaten hätten freilich direkt getroffen werden können, doch sagen sie bestimmt aus, dass sie den Schuss bekommen haben, als die beiden Kompagnien sich gegenüber standen; wenn sie in tangentialer Richtung getroffen worden wären, dann würde es nicht stimmen, dass die Kugel durch den Nebenmann geht und beim andern nur einen Streifschuss macht, da die Entfernung zwischen der Aufstellung beider Kompagnien höchstens 200 M. betragen habe, das Geschoss kann dann nicht im zweiten Mann stecken bleiben.

In der noch folgenden Diskussion geht als Tatsache hervor, dass Soldaten durch Soldaten verletzt wurden.

Dr. v. Sengbusch weist zum Schluss noch darauf hin, dass die projizierte Kugel auf der Platte viel breiter und länger, als die Kugel selbst ist, dass man daraus Schlüsse auf die Lage der Kugel hätte ziehen können.

d. z. Sekretär Dr. Theodor Schwartz.

1415. Sitzung vom 16. Februar 1905.

Vor der Tagesordnung stellt 1) Dr. Paul Klemm einen Patienten mit einem perforierenden Brustschuss vor; es bestand auch ein Haematothorax, welcher sich von selbst resorbierte. Der Schuss ist von RHU im Thoraxraum nach RVO gegangen, die Ausschussöffnung befindet sich in der nähe der Brustwarze; 2) demonstriert Dr. Cossart einen Patienten, welcher einen Blasenschuss erhalten, etwa aus der Entfernung von 500 Metern; der Kranke war noch mehrere 100 Schritt gegangen, wurde ins Krankenhaus transportiert und ist noch selbst in die Baracke gegangen. Wegen Mangels an Zeit konnte er erst 4 Stunden nach der Einlieferung operiert werden. Der Einschuss befand sich in der Mittellinie, der Ausschuss an der linken Darmbeinschaufel; vorne aus der Oeffnung sickerten einige Tropfen Harn; es wurde durch den m. rectus etwas lateral eingegangen, die Blase dann vorgezogen; die Blase wurde mit der fascia transversa vernäht; 7 Tage später wurden alle Nähte entfernt. Das Allgemeinbefinden ist gut. Einige Tropfen Urin entleeren sich noch eben aus der Operationswunde.

Dr. P. Klemm bemerkt hierzu, dass er eben einen ganz ähnlichen Fall operiert habe; hier war die Kugel in den rechten Oberschenkel in der Höhe des Trochanter eingedrungen, war durch den Mastdarm gegangen, dann schräg nach oben und hatte offenbar die Blasenkuppe verletzt. Anfangs griff er nicht ein, da die Verletzung unterhalb des peritoneums war; später schnitt er auf, und es wurde eine Menge von nur ganz leicht zersetztem Urin gefunden: nach einigen Tagen waren jedoch auf der rechten Seite, unterhalb des Poupart'schen Bandes, die Zeichen eines Aneurysma der art. femoralis, ein deutliches Schwirren zu konstatieren.

P. I der Tagesordnung.

Dr. Fr. v. Berg demonstriert einen Fall von «Oesophagusstenose mit Operation». Die Aetiologie blieb hier lange Zeit unklar, erst vor einigen Tagen scheint sie ihm klar geworden zu sein. Im Mai 1904 hatte Patientin einen Abort; darauf wurde die Abrasio gemacht wegen Puerperalfieber; darauf ist sie wegen einer Hautaffektion behandelt worden, ist gebeizt worden; bald darauf Schluckbeschwerden; im September waren die Schlingbeschwerden bedeutend schlimmer geworden und wurde damals eine Oesophagusstriktur konstatiert und die Operation proponiert, was jedoch von der Patientin verweigert wurde; später ist sie auch auf Hysterie behandelt worden. Beim Eintritt ins Diakonissenhaus konnte sie kein Wasser trinken, dasselbe kam sehr bald zurück. In der Narkose ergab sich ein Hindernis 20 Cm. von der Zahnreihe; es wurde zuerst die Oesophagotomie gemacht, doch stiess man

Digitized by Google

an der genannten Stelle auf ein absolutes Hindernis für die Passage, deshalb wurde sofort die Gastrotomie angeschlossen, von hier aus mit einer starren Sonde bis auf die Striktur eingegangen und dann von oben auf den Kopf der Sonde eingestossen. Zur Erweiterung der Striktur wurde dann ein Drain eingelassen, das später entfernt werden konnte. Die Kranke schluckt jetzt anstandslos; nach der Operation sind ca. 6 Wochen verflossen. Ein Aortenaneurysma, ein Neoplasma und Syphilis waren nicht zu konstatieren und glaubt Dr. v. Berg daher, dass bei der Aetzung des Kehlkopfes im Mai die aetzende Flüssigkeit eventuell die Schuld an der Striktur trage.

Dr. v. Hampeln erscheint es durchaus unwahrscheinlich, dass die Verätzung (die medikamentöse) des Kehlkopfes zur Striktur beigetragen habe; ihm scheint die Syphilis in diesem Fall der Grund zu sein; widerlegt sei sie ja auch nicht, und ein Abort habe vorgelegen. Es käme dann noch die tuberkulöse Stenose und die Stenose nach einem ulcus oesophagi in Betracht, letzteres jedoch sei unwahrscheinlich, da sie mehr zur Cardia hin sitzt.

Dr. Paul Klemm hat einmal bei einem Kinde mit Verätzungsstriktur die Operation gemacht; es bildete sich beim Sondieren am Halse ein Abszess; er hat dann später auch den Magen eröffnen müssen; durch den Magen wurde eine feine Sonde durch den Oesophagus hinaufgestossen; an die Sonde wurde ein Faden befestigt, welcher eine Reihe von Schrotkugeln aufwies; dieser so armierte Faden wurde mehreremal täglich durchgezogen; nach einigen Tagen wurde ein Stück Gummi in die Striktur gezogen, bis es ihm endlich gelang, mit den Oliven durchzukommen. Dann schloss er die Magenwunde. Die Striktur war durch diese Methode genügend gedehnt worden.

Dr. v. Berg betont, dass die luetischen Strikturen des Oesophagus sehr selten seien, er selbst habe noch keine luetische Striktur des Oesophagus gesehen; viel häufiger kämen die syphilitischen Strikturen des Mastdarms vor. Da jedoch die Patientin angiebt, dass sie wegen eines «Soor»artigen Belages mehrfach gebeizt worden ist, so ist es seiner Meinung nach doch wahrscheinlich, dass die Verätzung eine Rolle spielte. Ganz ausschliessen kann er die Lues natürlich nicht, doch kommt sie ihm in diesem Falle unwahrscheinlich vor. Dr. P. Klemm gegenüber bemerkt er, dass er in seinem Fall gar keine Oeffnung finden konnte, daher musste er auch die Oesephagotomie machen.

Dr. Behr glaubt aus dem so vielfachen Konsultieren so vieler Aerzte von seiten der Patientin auf eine Neurose bei ihr schliessen zu dürfen; er fragt an, ob sie nicht einmal einen Suicidversuch gemacht habe und warum sie in der Anstalt Rothenberg gewesen sei. Man könnte auch an einen Selbstbeschädigungstrieb bei ihr denken.

Dr. v. Berg erwiedert, dass sie nur 1 Tag in Rothenberg gewesen; von einem Suicidversuch sei nichts bekannt.

Dr. v. Hampeln betont noch einmal, dass die Behandlung des Halses die Striktur des Oesophagus nicht zu Wege gebracht haben könne; übrigens wisse man auch nichts näheres über die ätzende Flüssigkeit, man sei ganz auf die Angaben der Kranken hingewiesen. Er möchte sich der Annahme des Dr. Behr zuneigen, dass vielmehr ein Selbstmordversuch vorgelegen habe, welcher nicht zugestanden wird.

Dr. Theodor Schwartz kann die Annahme des Dr. Behr insoweit bestätigen, dass es sich nebenbei um ein neuropathisches Individuum handele, indem er bei der auf Dr. Bergs Wunsch damals vorgenommenen Untersuchung von objektiven Symptomen einen vollkommenen Mangel des Würgereflexes, eine Anaesthesie der Pharynxschleimhaut gefunden habe.

Dr. Buchholz hat im September keine besonderen nervösen Erscheinungen bei ihr gefunden; sie wollte sich damals operieren lassen, blieb dann jedoch aus. — Auf die Frage des Dr. Mühlen nach der näheren Natur des Aezmittels antwortet Dr. v. Berg, dass es eine starke Sublimatlösung gewesen zu sein scheint; er werde sich noch bei dem behandelnden Arzt erkundigen, wozu er noch keine Gelegenheit gehabt.

Dr. v. Mühlen erwidert darauf, dass dabei eine Striktur des Oesophagus nicht vorkommen könne; wenn die Lösung sehr stark war, hätte die Patientin eher durch die Sublimatvergiftung zu Grunde gehen können.

Dr. Voss erinnert daran, dass der verstorbene Gerichtsarzt Schulz einen Fall von tödlicher Vergiftung mit Carbolsäure gezeigt habe, wo die Aetzwirkung erst im Magen begann, nicht jedoch schon im Oesophagus; ein Aetzmittel könne also erst weiter an einer anderen Stelle wirken. Er hat gerade bei Soor starke Aetzmittel anwenden sehen, z. B. Salpetersäure, daher wäre in diesem Fall doch wohl eine derartige Aetiologie möglich.

Dr. v. Hampeln ist es wohl bekannt, dass jedes Aetzmittel erst weiter zur Wirkung kommen könne; doch hier sei garnicht nachgewiesen, dass die Patientin überhaupt ein Aetzmittel genommen habe. Er giebt nochmals seiner Ueberzeugung Ausdruck, dass er es für unwahrscheinlich halte, dass auf dem Wege der Behandlung des Halses eine Aetzstriktur im Oesophagus entstehen könne.

Im Schlusswort betont Dr. v. Berg, dass er ja auch alle anderen Möglichkeiten erwähnt habe, und meint nur, man könne an ein Aetzmittel denken, da die Patientin dies angiebt.

P. II der Tagesordnung:

Dr. Otto Klemm hält seinen Vortrag über «Anaemia gravis».

Dr. S. Kröger kann keinen Widerspruch in der Behandlung dieser Kranken zwischen ihm und Dr. Klemm finden, wie letzterer meint. Seine Patienten hatten die ganze Zeit über As ohne Erfolg gebraucht; als er jedoch anfing sie Abreibungen in Wasser brauchen zu lassen, ging es ihnen gut. Wichtig erscheint ihm eben die Kombination von Bädern mit As.

Dr. Otto Klemm berichtet das interessante Faktum, dass die kleinen subdermalen Blutungen aufhörten, als der Blutbefund ein besserer geworden war.

Dr. Sokolowsky fragt, ob Teilabreibungen, oder ganze angewandt wurden und ob die Patientin dabei im Bett lag.

Dr. Otto Klemm: successive im Bett wurden die Abreibungen gemacht.

Dr. Woloschinsky fragt nach der Höhe der As-gaben.

Dr. Klemm erwidert, dass er mit 2 Tropfen der Sol. Fowleri 3 mal täglich begonnen habe und bis auf 5 Tropfen gestiegen sei.

Dr. Woloschinsky erinnert daran, dass neuerdings die Chlorosen mit starken As-injektionen behandelt worden sind. Man hat das Na kakodyl. in 20% Lösung angewandt, davon 1 mal täglich 1 Spritze (Pravatz) injiziert; bis auf 20 Injektionen ist man gelangt. Diese Injektionen sind ungiftig.

Er selbst hat 8 Patienten so behandelt. Bei innerlicher Darreichung könnte man keine solche Dosis geben.

Dr. v. Hampeln findet in dem Klemmschen Fall besonders die Zahl der roten Blutkörper pathologisch; die weissen würden der Norm entsprechen; er hat bei einem Fall, welcher mit einem Milztumor kombiniert war, durch die As-kur guten Erfolg gesehen.

Dr. O. Klemm erwähnt schliesslich, dass dieser Fall die Diagnose «Anaemia gravis» in einem relativ leichten Fall gebe, Megalocyten waren vorhanden, wenn auch die Zahl der roten Blutkörper nicht so sehr reduziert war; äusserlich sah die Patientin auch nicht besonders anämisch aus. Die Blutbestimmung hat hier den richtigen Weg zur Therapie gegeben, der Wert derselben ist aus diesem Fall ersichtlich.

Ausserhalb der Tagesordnung demonstriert Dr. v. Mühlen endlich einen Fall von Mastoiditis bei Diabetes. Die Pat. ist 65 Jahre alt; seit 3 Jahren Diabetes konstatiert.

Im Dezember vorigen Jahres bekam sie eine Otitis media, dann Mastoiditis; 4—5% Zucker; 40—60 gr. Zucker täglich ausgeschieden. Die Kranke wurde mit wenig Chloroform vor 4 Tagen operiert, bis jetzt geht es ihr gut. Körner hat 33 Fälle von Operation wegen Mastoiditis bei Diabetes zusammengestellt, er kommt zum Schluss, dass die Einschmelzung, die Nekrose in ihnen eine sehr grosse sei und dass operiert werden müsse. Körner teilt die Fälle in leichte, mittelschwere und schwere; die leichten (nach Körner) sind alle geheilt, allerdings dauerte die Heilung viel länger, 3 Monate, während sonst dazu 4—6 Wochen genügend seien.

Von den mittelschweren ist die Hälfte im Coma nach der Operation gestorben. Die Gefahr, dass ein leichter Fall nach der Operation in einen schweren übergeht, scheint nicht zu bestehen.

Operationen ex indicatione vitali dürfen auch bei mittelschweren und schweren vorgenommen werden.

Seinen eigenen Fall zählt Vortragender zu den leichten nach der Körnerschen Einteilung.

d. z. Sekretär Dr. Theodor Schwartz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 10. Oktober geruhte Seine Majestät der Kaiser die vom Kriegsschauplatz zurückgekehrten Aerzte des deutschen Roten Kreuzes Dr. Kolmers und Dr. Schütze in Zarskoje Sselo zu empfangen.

— Der Ober-Militär-Medizinalinspektor, Leibmedikus des Allerhöchsten Hofes, Geheimrat Dr. Speranski, ist zum Kurgebrauch auf 2½ Monate in's Ausland beurlaubt worden.

— In diesem Jahre vollendeten sich 40 Jahre der ärztlichen Tätigkeit Dr. W. J. Dolshenkows, die der

Jubilar fast vollständig der Organisation des Sanitätswesens in der Kurskschen Gouvernements-Landschaft gewidmet hat.— Auf eine ebensolange erspriessliche Wirksamkeit im Landschafts-Sanitätsdienste kann, wie wir dem «R. Wr.» entnehmen, auch Dr. J. Mollesson zurückschauen, der früher Leiter des Sanitätswesens in den Gouvernements-Landschaften von Wjatka, Perm, Ssaratow und Tambow war, und in diesem Jahre die Leitung des Sanitätsbureaus der Kalugaschen Gouvernements-Landschaft übernahm.

— Zu Beginn des Wintersemesters beging der Professor der Histologie an der Heidelberger Universität Dr. August Ewald das 25-jährige Jubiläum seiner akademischen Lehrtätigkeit an der genannten Universität.

— Der Kursk'sche Gouvernements-Medizinalinspektor, wirkl. Staatsrat Dr. Agafonow, ist auf seine Bitte krankheitshalber verabschiedet worden.

— Zum stellv. Rjasanschen Gouvernements-Medizinalinspektor ist der Oberarzt des Rjasanschen Gouvernements-Landschaftshospitals, Leibmedikus Dr. Tichonow, ernannt worden.

— Der Arzt der Nikolai-Akademie des Generalstabes Dr. Pokrowski ist auf eigenes Ersuchen krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter Beförderung zum Geheimrat.

— Sonnabend, den 1. Oktober wurde in der chemischen Abteilung des Instituts für Experimentalmedizin die Büste des verstorbenen Leiters dieser Abteilung Prof. Dr. M. Nenski enthüllt, bei welcher Gelegenheit der Physiologe Prof. Dr. J. P. Pawlow eine Lebensskizze dieses verdienstvollen Gelehrten und Forschers entwarf.

Nekrologe:

— Verstorben: 1) In Gundshulin (in der Mandschurei) der Reservearzt Dr. Franz Hübner im 32. Lebensjahre am Typhus abdom. Zu Turek (Gouv. Kalisch) geboren, erhielt er seine Schulbildung im Kalischer Gymnasium und widmete sich 1892 dem Studium der Medizin an der Warschauer Universität. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1898 war er Arzt an dem Hospital in der Warschauer Vorstadt Praga, wo er sich vorzugsweise mit Chirurgie beschäftigte. Gleich nach Beginn des japanischen Krieges, im Februar v. J. wurde er als Reservearzt einberufen und war auf dem Kriegsschauplatze anfangs in den vorgeschobenen Linien, später aber in der Abteilung des Generals Mischtschenko tätig, mit welcher beständig in der grössten Gefahr schwebenden Abteilung er alle Mühsale teilte. 2) In Charkow der freipraktizierende Arzt Demetrius Ryndowski im Alter von 59 Jahren nach 35-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) In Warschau der frühere Divisionsarzt der 4. kaukasischen Kavalleriedivision Dr. F. Brandstedt im 79. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene im Jahre 1849 erlangt. 4) Im Aprilmonat in St. Petersburg Dr. Alexander Styrikowitsch an chronischer Nephritis und einem organischen Herzfehler im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte, wie Dr. Lustwerk im «R. Wr.» mitteilt, seine medizinische Ausbildung an der mediko-chirurgischen Akademie erhalten, worauf er von 1874 an anfangs Kreisarzt des Schlüsselburger Kreises, dann viele Jahre Landschaftsarzt in diesem Kreise war. Zugleich fungierte er als Deputierter der Landschaft und einige Zeit auch als Ehrenfriedensrichter. In den letzten 10 Jahren lebte er in der Stadt Demjansk (Gouv. Nowgorod), wo er das Amt eines Mitgliedes des Bezirksgerichts bekleidete und daher sich wenig mit der ärztlichen Praxis beschäftigte. 5) In Basel der ausserordentliche Professor der Chirurgie Dr. Emil Burckhardt im Alter von 52 Jahren.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Die auf private Initiative und zum Teil auch die vom Roten Kreuz ausgerüsteten Sanitätskolonnen und Lazarette befinden sich jetzt fast sämtlich auf dem Rückwege aus dem Fernen Osten in die Heimat und dürften — falls nicht der Eisenbahnstreik hinderlich ist — zum grössten Teil im Laufe der nächsten Woche in Petersburg eintreffen.

Den letzten Nachrichten zufolge, ist das Personal des Evangelischen Feldlazaretts bereits in Tscheljabinsk eingetroffen; vom Livländischen Feldlazarett liegt eine telegraphische Mitteilung vor, dass dasselbe im Bestande von 3 Aerzten, 14 Schwestern und 12 Sanitären bereits unterwegs ist, und das Russisch-Holländische Feldlazarett, welches noch in Taolatschao (südlich von Charbin) tätig war, sollte spätestens am 11. Oktober die Rückreise antreten. Auch die vier Sanitätskolonnen von der Gemeinschaft des Roten Kreuzes auf den Namen des Generaladjutanten Kaufmann sind bereits aufgelöst, so dass deren Mitglieder, zu denen u. a. die Aerzte R. Wanach, Wolfg. Schiele, E. Bohl und K. Tantzscher gehören, ebenfalls auf der Heimreise begriffen sind.

— Aus der Armeereserve sind, dem «Russ. Invalid» zufolge, nachstehende Aerzte in Livland verabschiedet worden: Bahrs, Bosse, Blankenstein, Buchardt, Dietrich, Eliasberg, Fr. Treu, Helmsing, von Hirschheydt, Gabrilowitsch, Gilbert, Gotz, Kroon, R. v. Holst, Löwensohn, Lippert, Magid, Michlin, Nemzow, Strauss, Radasewski, Salkind, Woloschinski, E. Schwartz und Tiemer.

— Erfahrungen eines Arztes aus dem letzten Kriege. Der japanische Generalarzt Dr. Susuki hat vor kurzem in einer Versammlung nordamerikanischer Militärärzte in der Stadt Detroit eine interessante Beschreibung der gesundheitlichen Massnahmen an Bord japanischer Kriegsschiffe gegeben, welche wieder beweist, mit welcher Sorgfalt auch das Sanitätswesen seitens der japanischen Aerzte für den Krieg vorbereitet war.

Einen grossen Teil des Erfolges in der Behandlung von Wunden schreibt Dr. Susuki dem Umstande zu, dass jeder Mann der Besatzung eines Kriegsschiffes vor einem bevorstehenden Kampfe vollständig reines Unterzeug anzulegen hatte. In sehr vielen Fällen wurden Tuchfetzen durch Geschossstücke in die Wunden hineingerissen und ohne reines Unterzeug wären sicherlich viele Fälle von Blutvergiftung zu verzeichnen gewesen. Die Erfahrung lehrte, dass der Beobachtungsturm der gefährlichste Teil eines Kriegsschiffes ist. In die Schlitze dieser Türme drangen Granatsplitter ein und richteten grossen Schaden an. Admiral Togo, der in keinem der Kämpfe verwundet wurde, lenkte die japanische Flotte von der Kompassbrücke der «Mikasa». — Die Geschützmannschaft muss sehr gut sehen können, wenn man von ihrem Schiessen überhaupt Resultate erwartet. Auf den japanischen Schiffen wurde daher vor jedem Kampfe eine ärztliche Untersuchung der Augen der Kanoniere vorgenommen. Jeder Kanonier, der den geringsten Augenfehler oder die kleinste Augenerkrankung zeigte, wurde durch einen Mann mit gesunden Augen ersetzt. Während des Kampfes wurde die Mannschaft mit Wasser versorgt, das 1 Prozent Borsäure enthielt und dazu diente, die Augen zu waschen, um den Einfluss von Pulver, Rauch und Staub aufzuheben. Ausserdem erhielt jeder Mann Baumwollpfropfen, die er zum Schutz des Trommelfells in die Ohren steckte. — Während des Winters wurden der vor Port Artur liegenden Flotte enorme Massen von schweren Winterkleidern zugeführt. Die Folge davon war die, dass trotz des harten Winters nicht ein einziger Mann durch den Frost Schaden litt. Im Sommer kam nicht ein einziger Sonnenstich vor, was der Generalarzt den breitkrempigen Strohhüten zuschreibt.

Von Universitäten, med. Instituten u. Kongressen.

— Der Chef der militär-medizinischen Akademie Prof. Dr. A. Tarenezki, der den ihm bis zum Januar 1906 bewilligten Urlaub angetreten hat, soll, dem «Syn Otetsch.» zufolge, nach Ablauf dieser Zeit seinen Abschied nehmen.

— Die St. Petersburger Gesellschaft russischer Aerzte hat in ihrer Jahresversammlung am 29. Sept. zu ihrem Präses—den Professor emer. Dr. L. Popow, zum Vizepräzes—den Professor Dr. J. P. Pawlow und zum Sekretär—den Privatdozenten Dr. Th. Tschistowitsch wiedergewählt, dagegen zum Kassierer — den Privatdozenten Dr. G. Jawein und zum Bibliothekar — den Dr. P. Troizki neugewählt. Die Redaktion der «Arbeiten» (труды) der Gesellschaft bleibt nach wie vor in Händen des Privatdozenten Dr. M. Tschelzow.

— Der ältere Ordinator des Kasanschen Militärhospitals Dr. A. D. Nikolski hat sich als Privatdozent für Bakteriologie an der Universität Kasan habilitiert.

— An Stelle von Prof. Dr. Garré, der bekanntlich Mikulicz's Lehrstuhl in Breslau übernommen hat, ist zum ordentlichen Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik an der Universität Königsberg der ausserordentliche Professor der Berliner Universität Dr. E. Lexer, in Aussicht genommen. Prof. Lexer war früher erster Assistent und Oberarzt an der v. Bergmannschen Klinik und Leiter der chirurg. Poliklinik und ist auch Mitarbeiter am Handbuch der praktischen Chirurgie, für das er die Kapitel: «Missbildungen und Krankheiten des Gesichts und plastische Operationen» bearbeitet hat.

— Zum Leiter der speziell-physiologischen Abteilung des physiologischen Instituts der Berliner Universität ist, als Nachfolger des verst. Prof. Paul Schultz, der Privatdozent Dr. René du Bois-Reymond, ein Sohn des berühmten Physiologen gleichen Namens, ernannt worden.

— Die nächstjährige Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte wird in Stuttgart

Digitized by Google

tagen. Für's übernächste Jahr ist Eisenach als Versammlungsort in Aussicht genommen.

Standesangelegenheiten.

— Das Moskauer Zensurkomitee hat, wie die Telegraphenagentur mitteilt, eine strafgerichtliche Verfolgung der Herausgeber des Buches «Die Gesellschaft der russischen Aerzte zum Andenken Pirogows im Kampfe gegen die Cholera» beantragt.

— Wie wir s. Z. gemeldet haben, wurden die aus triftigen Gründen streikenden Landschaftsärzte des Balaschowschen Kreises, welche sich in der Stadt Balaschow mit anderen Personen (Lehrern, Lehrerinnen, Bürgern, Feldscherinnen) zu einer privaten Versammlung am 21. Juli eingefunden hatten, von einem Volkshaufen überfallen, verprügelt und durch Steinwürfe verwundet, ohne dass die Polizei, trotz der persönlichen Anwesenheit des Saratowschen Gouverneurs Stolypin, energisch eingeschritten wäre. Ungeachtet dessen hat der genannte Gouverneur, dem «Priwolshski Krai» zufolge, sie schuldig befunden, eine ungesetzliche Versammlung veranstaltet zu haben, auf welcher illegale Reden gehalten und regierungsfeindliche Lieder gesungen worden seien, und sie am 25. August auf administrativem Wege zu nachstehenden Strafen verurteilt: zum Arrest von 3 Monaten — die Aerzte Rutstein und Schtschergin; z. Arrest von 2 Monaten — die Aerzte Newsorow und Kaschinski, sowie den Arzt Schmelew und seine Gemahlin; z. Arrest von 3 Wochen — die Aerzte Bogatyrow u. Merkulow; zur Strafzahlung von 50 Rbl. — die Aerztin Semljanizin und die Arztfrauen Schtschergin und Kaschinski; zur Strafzahlung von 25 Rbl. — sechs Feldscherinnen. Ausserdem sind noch über 14 andere Personen, die an der Versammlung teilgenommen haben, solche Strafen verhängt worden.

Obschon sämtliche ärztliche Gesellschaften des Saratowschen Gouvernements und die Balaschowsche Landschaft sich an den Minister des Innern mit dem Gesuch um Aufhebung dieser auf administrativem Wege verhängten Strafen gewandt haben, ist solche, soviel uns bekannt, bis jetzt noch nicht erfolgt.

— Telegraphische Nachrichten der hiesigen Agentur zufolge, haben die Landschaftsärzte und das niedere medizinische Personal des Kreises Wolokolamsk (Gouv. Moskau) den Dienst gekündigt, da sich die Dienstverhältnisse unter dem neuen Präsidenten des Landschaftsamtes Fürsten A. A. Golizyn verschlechtert haben.

Verschiedene Mitteilungen.

— Ein Denkmal für Theodor Schwann. Obgleich unserer Zeit der Vorwurf gemacht wird, dass sie allzu denkmalsüchtig geworden sei und dass jedem Lokalverdienstchen eine Art von Ewigkeitsbestand in Gestalt eines Denkmals zugebilligt werde, so kommt es trotzdem noch immer vor, dass einem wirklich unsterblichen Verdienst einer wirklich unauslöschlichen wissenschaftlichen Entdeckung die gebührende, äusserlich wahrnehmbare Ehrenbezeugung vorenthalten wird. Das ist beispielsweise bei Theodor Schwann, dem Mitentdecker der tierischen und pflanzlichen Zelle, der Fall. Seit beinahe einem Vierteljahrhundert ruht er schon im Schosse der Erde, doch jetzt erst erinnern sich die Bürger von Neuss*) des grossen Forschers, der seiner Vaterstadt leuchtendste Zierde gewesen, um ihm ein Denkmal zu setzen. Das dortige Komitee hat bereits 10,000 Mark für diesen Zweck aufgebracht; die noch fehlenden weiteren 10,000 Mark sollen durch Beiträge beschafft werden. Hoffentlich werden Naturforscher und Aerzte es an Gaben nicht fehlen lassen, um nicht nur die Denkmalkosten zu bestreiten, sondern auch ein Schwann-Stipendium zur Unterstützung junger, talentvoller Naturforscher begründen zu können!

— Das Moskauer Militärhospital begeht am 21. November des nächsten Jahres die Feier seines 200-jährigen Bestehens. Das Hospital ist von Peter dem Grossen als «Hospital hinter der Jausa» gegründet worden; es ist somit das erste Hospital in Russland und lange Zeit die erste und einzige Lehrstätte für Medizin in Russland gewesen. Der jetzige Oberarzt des Hospitals Dr. N. J. Jakimow beabsichtigt zum Tage der Jubelfeier eine Geschichte des Hospitals zu schreiben. Er wendet sich daher an das Publikum mit der Bitte, ihm Materialien und Daten, die für die Geschichte des Hospitals von Wert sind, zur Benutzung zugehen zu lassen. Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. Okt. d. J. 10183 (152 mehr als in d. Vorw.), darunter 942 Typhus — (38 mehr). 996 Syphilis — (18 mehr), 298 Scharlach — (33 mehr) 196 Diphtherie — (31 mehr), 52 Masern — (4 mehr) und 11 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 25. Sept. bis zum 1. Okt d. J. im ganzen 663 (382 M., 281 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 28, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 8, Scharlach 15, Diphtherie 14, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 3, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 61, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 98, Tuberculose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 16, Krankheiten der Verdauungsorgane 53, Totgeborene 33.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 1. Nov. 1905.**

Tagesordnung: Petersen: Ueber Spirochaete pallida bei Syphilis.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 24. Okt. 1905.

*) Die Stadt Neuss in der Rheinprovinz hat ca. 30,000 Einwohner.

**) Die auf den 18. Oktober anberaumte Sitzung musste infolge der Strassendemonstrationen ausfallen.

RONCEGNO
Natürliche Arsen-Eisenquelle
bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.
Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria mit ihren Folgezuständen, Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit etc.
◆ Käuflich in allen Apotheken. ◆ (51) 25—18.
Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.
Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.
Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.
◆ Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober. ◆
Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

Südende b. Berlin
San.-R. Dr. Brügelmann'sche Klinik für Asthma u. verw. Nervenkrankheiten, Nasen- u. Halsleiden.
Prosp. gratis d. d. Oberin E. Hagelberg.
cf. Brügelmann: Lehrbuch ü. Asthma. IV. Aufl. b. Bergmann, Wiesbad.

Hôtel und Pension
Hammerand
WIEN, VIII.
Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Winterkur für Lungenkranke.
Dr. Brehmer's Heilanstalten in Görbersdorf Pr.-Schl.
Mässige Preise. — Chefarzt Dr. v. Hahn.
Prospekte kostenlos durch die Verwaltung.

Digitized by Google

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT a/M.

EUCHININ

Entbittertes Chinin, gleiche Heilwirkung wie letzteres bei Fiebern, Influenza, Typhus, Keuchhusten, Malaria und Neuralgie.

VALIDOL

Energisches und dabei reizloses Analepticum, Antihystericum, Antineurasthenicum und Stomachicum; ferner gutes Mittel gegen Seekrankheit.

VALIDOL. CAMPOR.

Hervorragendes Excitans für schwere Erschöpfungszustände, ausserdem unentbehrlich in der Zahnpraxis.

(86) 4—2.

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(61) 17—10.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose, chron. Ekzeme.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. Koeniger.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.

J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Airol
Digalen
Thiocol
Thiocol-tabletten

Sirolin

die idealste Form der Guajacol-Therapie.

Wohlriechender, angenehm schmeck. Sirup.

Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.

Warnung! Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.

Protylin

Phosphoreiweiss m. 2,6% entgift. Phosphor.

Leicht resorbierb., völl. unschädl. f. d. Darmtrakt. Neurosen, Hysterie, senil. Marasmus, Cachexie.

Eisen-Protylin (Eisengeh 2,3%), b. **Chlorosen** u. **Anæmie.**

Brom-Protylin (Bromgehalt 4% org. geb.), bei **Neurosen.**

Originalpackungen von 25, 50, 100, 250 gr. und Tabletten à 0,25 gr. in Cartons à 100 Stück.

Asterol
Arsylin
Thigenol
Sulfosot-sirup

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Довв. ценз. Спб., 14 Октября 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
DEC 19 1905

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur **Dr. E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 42 u. 43 St. Petersburg, den 29. Oktober (11. November). **1905.**

Inhalt: Dr. H. Arronet: Ueber Schlammbäder und Radioaktivität. — Referate: J. Holmgren, Fickers Typhus diagnostikum. — A. Alfvén: Die Haltbarkeit des Diphtheriebazillus bei verschiedenen Temperaturen. — Bücheranzeigen und Besprechungen: A. Baginsky: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. — Ph. Biedert: Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind. — Dr. Konrad Cohn: Kursus der Zahnheilkunde. — Orthmann: Leitfaden für den gynäkologischen Operationskurs. — E. Aufrecht: Pathologie und Therapie der Lungenschwindsucht. — Zondek: Zur Chirurgie der Ureteren. Klinische und anatomische Untersuchungen. — Protokolle des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Protokolle des XVII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. Aug. 1905. — XXXII. Versammlung der Ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg. — Tagesnachrichten. — Anzeigen.

Infolge des allgemeinen Setzerstreiks ist die in der vorigen Woche fällige № 42 zugleich mit der heutigen № 43 als Doppelnummer erschienen.

Ueber Schlammbäder und Radioaktivität.

(Vortrag, gehalten auf dem XVII. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte in Arensburg 1905.)

Von

Dr. H. Arronet.

Ueber Schlammbäder, ihre Zusammensetzung und Wirkung existiert bereits eine grosse Literatur, in letzter Zeit noch bereichert durch die neuen Gesichtspunkte, welche nach Entdeckung des Radiums und der Radioaktivität in die Wissenschaft getragen worden sind. Obgleich dieses Thema auf theoretischer und physiologischer Basis vielfach bearbeitet worden, giebt es doch bis jetzt keine befriedigende Erklärung für die Wirkung der Schlammbäder, kein beweiskräftiges Bindeglied zwischen den empirischen Tatsachen und den theoretischen Erwägungen. Wenn ich an dieser Stelle diesen Gegenstand von neuem berühre, so geschieht es nicht in der Absicht, die so lange gesuchte «befriedigende Erklärung», über die Wirkung der Schlammbäder zu geben, sondern nur, um den in Arensburg, dem altbewärten baltischen Kurorte, versammelten Kollegen kurz vor Augen zu führen, was wissenschaftlich über den Schlamm festgestellt worden ist, und speziell, was es mit der in letzter Zeit in der medizinischen Literatur viel besprochenen Radioaktivität, so wie deren Beziehungen zum Schlamm für eine Bewandtnis hat.

Wir unterscheiden bekanntlich zwischen Schlamm und Moor je nach der Grundsubstanz, aus welchen die betreffende Masse besteht. Handelt es sich um eine vorzugsweise aus anorganischen Bestandteilen zusammengesetzte Grundsubstanz, so sprechen wir von Schlamm, besteht dieselbe hingegen zum grössten Teil aus organischen Bestandteilen, so sprechen wir von Moor. Je nach der chemischen Zusammensetzung nun, der diese Grundsubstanz durchdringenden Flüssigkeit sprechen wir von salinischem, Schwefel-, Eisenmoor resp. Schlamm.

Unter Schlamm versteht man stets Seeschlamm, da derselbe nur in nächster Umgebung grosser Gewässer, in Meeresbuchten, welche mit der See in Verbindung stehen oder einmal in Verbindung gestanden haben, gefunden wird. Derselbe stellt ein Produkt einer Auslaugung des Meeresbodens, vereint mit organischen Substanzen, dar und eines Niederschlages in den abgegrenzten, vom Winde geschützten, unbewegten Meeresbuchten. So sehen wir eine Reihe von Schlammlagern sich bilden um das Schwarze, um das Kaspische Meer und in den Buchten der Baltischen See mit den bekannten Badeorten Hapsal und Arensburg, womit jedoch keineswegs gesagt sein soll, dass sich der Schlamm nicht auch an anderen Küstenorten des Baltischen Meerbusens vorfindet. Mir persönlich sind z. B. sehr reichhaltige Schlammlager in den tief einschneidenden Buchten der Insel Worms bekannt.

Der in diesen Buchten abgelagerte Seeschlamm liegt stets unter einer mehr oder weniger tiefen Wasserschicht. In demselben gehen unter Luftabschluss eine Reihe chemischer Prozesse vor sich, welche von Prof. Werigo für den Odessaer Seeschlamm ausführlich studiert worden sind und von ihm auf bakterielle Wirkung zurückgeführt werden. Durch diese chemischen Prozesse werden die anorganischen Substanzen reduziert, die organischen zersetzt und zwar, weil der Sauerstoff der Luft fehlt, sehr langsam, so dass sich eine Reihe von

Digitized by Google

Zwischenprodukten bilden, welche bei einer raschen Zersetzung fehlen. Hierher gehört vor allem die Bildung von Schwefelwasserstoff und anderen organischen Gasen.

In Arensburg wird für Schlammbäder der in der sogenannten «Grossen Wieck» abgelagerte Schlamm benutzt, obgleich noch an vielen anderen Orten der Insel Oesel sich Schlamm befindet. (Die ersten Schlammkuren auf Oesel wurden mit dem in Kielkond befindlichen Schlamm gemacht.) Die Grosse Wieck stellt ein nordwestlich von der Stadt Arensburg belegenes sehr grosses Wasserbassin dar, welches mit der See nur durch ein starkgeschlängeltes kleines Flüsschen von etwa 3 Werst Länge, die Naswa, in Verbindung steht, und durch letzteres stets mit Seewasser gespeist wird. Eine Vorrichtung, wie dieselbe «geistreicher und vollkommener wohl kaum auf technischem Wege hergestellt werden kann», sagt Dr. Siboff in seinem Buche über Schlammkuren. In wasserdichten Kasten wird der mit besonderen Schöpfeimern aus der Tiefe heraufbeförderte Schlamm täglich in die Badeanstalten gebracht, wo er sofort seine Verwendung findet. Derselbe stellt eine absolut gleichmässige dunkelgrau gefärbte Masse dar, welche alkalisch reagiert und einen leichten Schwefelwasserstoff-Geruch verbreitet, welch letzterer sich beim Erwärmen stark steigert. Der Schlamm fühlt sich weich an und lässt sich von der Körperoberfläche leicht abspülen, in welcher Beziehung er sich wesentlich von dem zähen Schlamm der südrussischen Kurorte unterscheidet.

Unter dem Mikroskop findet man in dem Schlamm hauptsächlich eckige auf der Oberfläche einen muskelförmigen Bruch darbietende, zum Teil mit Eisenoxyd imprägnierte Quarzkörner, verschieden geformte Konglomerate von Ton und ausserdem Kieselpanzer von den verschiedensten Diatomeen, Muschelfragmente und Spongiennadeln, wie solche den obersilurischen Kalk- und Dolomitenschichten eigen sind. Der Schwefelreichtum dieser Kalk- und Dolomitengesteine giebt auch die Quelle ab für den Gehalt an Schwefeleisen, H_2S und anderen Schwefelverbindungen, welche den Arensburger Badeschlamm als «Schwefel-Mineralschlamm» charakterisieren.

Der Arensburger Schlamm ist zuerst im Jahre 1824 von Prof. Grindel chemisch analysiert worden. Seitdem sind mehrfache chemische Analysen ausgeführt worden, von denen die bekannteste die von Prof. C. Schmidt ist. In diesem Sommer ist der Schlamm neuerdings in der chemischen Untersuchungsstation des Polytechnikums zu Riga von Prof. Glasenapp untersucht worden.

Es seien hier vergleichsweise die Analysen von Prof. Schmidt und Prof. Glasenapp angeführt. Letztere liegen in drei Tabellen vor, von denen die Tabellen A und B den prozentualischen Gehalt des Trockenrückstandes an chemischen Bestandteilen anführen, und zwar die Tabelle A in Form von Einzelbestandteilen und Tabelle B in Form chemischer Verbindungen; die Tabelle C schliesslich giebt eine Uebersicht über die Zusammensetzung des Schlammes in gewöhnlichem Zustande.

Analyse des Schlammes nach Prof. C. Schmidt.

1000 Gewichtsteile enthalten:

Wasser (mit H_2S gesättigt)	396,20
Schwefeleisen	25,75
Kohlensaurer Kalk	14,62
Schwefelsaurer Kalk	1,71
Schwefelcalcium	0,24
Schwefelammon	0,18
Chlormagnesium	2,40
Chlorkalium	3,91
Chlornatrium	1,47
Phosphorsaurer Kalk Phosphorsaures Magnesium	0,02
Jod und Brom	Spuren
Kieselsäure	478,92
Thonerde	38,97
Eisenoxyd	10,45
Kali, Natron	3,00
Organische Substanzen	22,15
	1000,00

Analyse des Schlammes nach Prof. Glasenapp.

Tab. A.

Kieselsäure	39,04 pCt.
Eisen	3,05 „
Tonerde	8,38 „
Kalk	3,41 „
Magnesia	1,94 „
Schwefelsäure (gebunden)	0,09 „
Schwefel (gebunden)	1,59 „
Schwefel (frei)	0,00 (Spur)
Kali	1,12 pCt.
Natron	0,82 „
Chlor	1,20 „
Phosphorsäure	0,25 „
Kohlensäure	4,60 „
Wasser (chem. gebunden)	3,19 „
Organische Substanz	31,57 „
	100,25
Sauerstoffäquivalent d. Chlors	0,25
	100,00

Mangan, Jod und Brom in Spuren.

Tab. B.

Sand und Diatomeen	29,14 pCt.
Schwefeleisen	4.37 „
Eisenhydroxyd	0,516 „
Ton	21,20 „
Calciumcarbonat	5,58 „
Magnesiumcarbonat	4,07 „
Calciumphosphat	0,532 „
Gyps	0,152 „
Kaliumchlorid	1.78 „
Natriumchlorid	0,58 „
Natron (in org. Verbindung)	0,51 „
Organische Substanz	31,57 „
Freier Schwefel	in Spuren.
	100,000

Tab. C.

Sand und Diatomeen	18,63 gr. im Kilo
Schwefeleisen	2,80 „ „ „
Eisenhydroxyd	0,33 „ „ „
Ton	13,52 „ „ „
Calciumcarbonat	3,56 „ „ „
Magnesiumcarbonat	2,60 „ „ „
Calciumphosphat	0,34 „ „ „
Gyps	0,09 „ „ „
Kaliumchlorid	1,33 „ „ „
Natriumchlorid	0,37 „ „ „
Natron (in org. Verbindung)	0,33 „ „ „
Organische Substanz	20,20 „ „ „
Ammoniumsulfid	0,021 „ „ „
Wasser (mit Schwefelwasserstoff gesättigt)	935,879 „ „ „
Mangan, Jod und Brom	in Spuren
Freier Schwefel	in Spuren
	1000,000

Die mikroskopische Untersuchung des Arensburger Badeschlammes durch Prof. Glasenapp im August 1905 ergab, dass der Schlamm im wesentlichen aus einem Gemenge einer sehr feinkörnigen, in Flocken auftretenden Substanz und aus Diatomeen, welche in sehr zahlreichen Abarten vertreten sind, besteht. Ausserdem kommen in sehr geringen Mengen noch halbzersetzte Reste höherer Pflanzen, Bakterien und sehr selten kleine Mineraltrümmer vor. Die unorganische Substanz des Schlammes, der Glührückstand, dürfte vorwiegend aus Diatomeenpanzern bestehen.

Aus den Analysen ist ersichtlich, dass der Schlamm aus einer aus Kieselsäure, Tonerde und organischen Stoffen bestehenden Grundsubstanz zusammengesetzt ist,

Digitized by Google

gesättigt von einer schwefel- und salzhaltigen Sole. Die von Prof. Glasenapp untersuchte Schlammprobe ergiebt einen beträchtlich höheren Wassergehalt als der von Prof. Schmidt untersuchte Badeschlamm und, wenn man die Ergebnisse beider Analysen auf die wasserfreie getrocknete Substanz bezieht, hauptsächlich durch das Verhältnis des Sandes zu den übrigen Schlammbestandteilen, denn die von Prof. Schmidt untersuchte Probe ist wesentlich reicher an Sand und ärmer an organischer Substanz. Dieser letztere Unterschied hat seine natürliche Ursache vermutlich in der Verschiedenheit der sedimentierenden Schlammbestandteile in den verschiedenen Perioden der Schlammbildung (Prof. Glasenapp).

Der Schlamm der südrussischen Kurorte unterscheidet sich von dem Schlamm der Baltischen Kurorte durch einen wesentlich höheren Salzgehalt der Schlammsole, und ist gleichzeitig ärmer an Schwefelbestandteilen Damit ist aber auch der einzige verwertbare chemische Unterschied zwischen diesen Schlammgattungen gegeben, denn der prozentualische Unterschied der anderen chemischen Bestandteile speziell des Jod — auf dessen Bedeutung namentlich Werigo hingewiesen — durfte wohl kaum von irgendwie grösserer Bedeutung für die Wirksamkeit der Schlammbäder sein.

In Arensburg werden die Schlammbäder folgendermassen verordnet: einer mit schwachsalzhaltigem Wasser gefüllten Wanne werden noch 3 bis 6 Pfund Salz zugefügt und im Durchschnitt 4—6 Eimer Schlamm (ein Eimer = 12 Liter). Die Temp. des Bades variiert zwischen 28—32° R., die Dauer zwischen 15—30 Minuten, meist 30 Minuten. Eine Schlammkur umfasst in der Regel 30 Bäder. Dazu kommen noch lokale Einpackungen der erkrankten Glieder in heisse Schlammsäcke von 35—42° R.

Auf welche Weise wird nun die Wirkung der Schlammbäder erklärt? Die Anschauung einer chemischen Einwirkung der Schlammbestandteile auf die Haut im Sinne einer Resorption dieser chemischen Agentien ist wohl von allen neuen Autoren fallen gelassen worden. Ein grösserer oder geringerer Gehalt an Salzen speziell an Chloriden dürfte jedenfalls die Reizwirkung des Schlammbades auf die Haut beeinflussen, ausserdem dürften die löslichen Schwefelsalze und die geringen Jodmengen eine antimykotische Wirkung entfalten. Sehr bedeutend sind diese Reizwirkungen auf die Haut bei den Moorbädern, bedingt durch den reichen Gehalt der letzteren an organischen Zersetzungsprodukten, speziell an organischen Säuren. — Die thermische Wirkung der Schlammbäder spielt in Arensburg lange nicht die Rolle wie in den südrussischen Kurorten, wo die sehr hoch temperierten (36—42° R.) reinen Schlammpackungen zur Anwendung kommen. Unterdessen wird aber die heilende Wirkung der Schlammbäder von einzelnen Autoren (Leichtenstern, Jacob) ausschliesslich darauf zurückgeführt, dass diese Bäder eine langdauernde Anwendung hoher Wärmegrade gestatten. Ein weiteres wirksames Moment der Schlammbäder wurde in der Konsistenz derselben gesucht; es sollte das erhöhte spezifische Gewicht eine massierende auf die Körperoberfläche ausüben und einen langsameren Wärmeaustausch zwischen der Körperoberfläche und dem Badewasser zur Folge haben. — Nun ist aber das spezifische Gewicht bei den verdünnten Schlammbädern, wie sie in Arensburg zur Anwendung kommen, gar nicht besonders erhöht (bei 10 Eimer Schlamm auf eine Wanne = 1015), da ja nur die löslichen Bestandteile des Schlammes eine Einwirkung auf das spezifische Gewicht haben können, denn die bedeutende grössere Menge der unlöslichen Bestandteile sinkt in der Wanne zu Boden. Die Ueberzeugung, dass das erhöhte spezifische Gewicht die hauptsächlichste Rolle bei Schlammbädern spiele, hat auch den Gedanken gezeitigt, die Schlammbäder durch Kleienbäder zu ersetzen, statt Schlamm Lehmpackungen anzuwenden. — Schliesslich hat man noch adstringierende, ja elektrische Wirkungen herangezogen, um die heilende Wirkung der Schlammbäder zu erklären. Durch diese einzelnen Momente sollte eine Veränderung des Stoffwechsels mit ihren heilsamen Folgezuständen hervorgerufen werden.

Es ist zunächst einleuchtend, dass bei einer Beurteilung der Wirkung der Schlammbäder es sich nicht allein um thermische oder mechanische, oder chemische Wirkungen des Schlammes handeln kann, sondern nur um eine Kombination dieser Wirkungen, welche in Summa einen mächtigen Hautreiz mit all seinen reflektorischen Erscheinungen, die Anwendung höherer Temperaturen gestatten, als solches im einfachen Wasserbade möglich ist und endlich auch rein mechanische Effekte zur Folge haben mögen. Aber ebenso einleuchtend ist es auch, dass die oben angeführten Tatsachen nicht genügen, das therapeutische Resultat, welches wir täglich bei Schlammkuren beobachten, zu erklären. Warum wird der Stoffwechsel durch Schlammbäder so umgestimmt, dass z. B. eine jahrelang eiternde tuberkulöse Knochen- oder Gelenkfistel sich nach einigen Wochen schliesst, in solchen Krankheitsfällen, wo ausser den Schlammbädern schon alle anderen therapeutischen Masnahmen erfolglos vorgenommen wurden? Warum wird eine allen Behandlungen trotzende Lues in den Schwefelthermen zur Heilung gebracht. Da kann man noch so viel Lehmkompressen, Kleienbäder oder Thermophore anwenden, noch so viel Schwefel in die Bäder bei sich zu Hause tun, ohne denselben Effekt zu erzielen? — Die durch die chemisch-physikalischen Eigenschaften des Schlammbades erreichten Wirkungen, wie Wärmestauung, Hautreizung, Beeinflussung der Pulskurve etc., wird man wohl nachahmen können. Man wird denselben physiologischen, nie aber denselben therapeutischen Effekt erzielen.

Als nun vor einigen Jahren das Radium entdeckt wurde, dieses wunderbare neue Element mit seinem vielseitigen Ausstrahlungsvermögen, der ungeheueren kinetischen Energie, welche nicht nur direkt physikalisch und physiologisch gewaltige Wirkungen hervorruft, sondern auch andere Gegenstände in diesem Sinne zu beeinflussen imstande ist, indem sie dieselben radioaktiv macht, als nun gar diese Radioaktivität in den verschiedensten Heilquellen und Schlammarten gefunden wurde, da lag es nahe in diesen radioaktiven Eigenschaften die langgesuchte Erklärung für eine spezifische Wirkung der oben genannten Heilfaktoren zu suchen. Die russischen Schlammgattungen sind von dem Physiker Prof. Borgmann in Petersburg in bezug auf ihre radioaktiven Eigenschaften untersucht worden. Borgmann kam auf diesen Gedanken, weil im italienischen Fango von Battaglia stark radioaktive Eigenschaften entdeckt worden waren.

Im Jahre 1904 untersuchte er den Schlamm von den Odessaer «Лиманы» von Saki, Kemmern, Arensburg und von Berdjansk. Eine ausgesprochene Radioaktivität konstatierte er im Schlamme des Kujalnitzki Liman und in dem von Arensburg. Im Jahre darauf wurden auch noch radioaktive Eigenschaften im Schlamme von Saki und Pernau festgestellt, obgleich der erstere im Jahre 1904 nicht radioaktiv gefunden wurde. Am stärksten radioaktiv war der Schlamm von Odessa, viel schwächer radioaktiv waren die Schlammgattungen der übrigen Kurorte. Aber auch diese Radioaktivität ist nach Borgmann etwa 100 mal geringer als die von den Radium enthaltenden Mineralien gelieferte Radioaktivität. Im Anschluss an diese Entdeckungen hat Dr. London in Petersburg die Einwirkung der von dem Schlamm ausgehenden Radioaktivität auf Bakterien studiert und einen ausgesprochenen hemmenden Einfluss dieser Radioaktivität auf das Wachstum von Bakterien festgestellt.

Digitized by Google

Um die von Borgmann gewonnenen Resultate richtig zu beurteilen, muss ich etwas zurückgreifen und in kürze die physikalischen Erscheinungen schildern, welche zur Entdeckung des Radiums geführt haben. Es sind dies die neuen Errungenschaften der Physik auf dem Gebiet der Strahlung. Fast 10 Jahre sind es her, seitdem Röntgen die ersten Mitteilungen über seine bekannte Entdeckung veröffentlichte. Eine grosse Zahl von Experimentatoren hat es versucht, neue Quellen für die Röntgenstrahlen oder neue Strahlenarten ausfindig zu machen. Die Entdeckung der Becquerelstrahlen und all der merkwürdigen Erscheinungen der «Radioaktivität» haben diesen Forschungen ihr Dasein zu verdanken. Im Jahre 1896 entdeckte Becquerel, dass gewisse Mineralien, welche Uran enthalten, Strahlen aussenden, welche die gleichen Eigenschaften wie die Röntgenstrahlen haben, nämlich Fluoreszenzerscheinungen hervorzurufen und feste Körper zu durchdringen. Woher kommt nun die Strahlung? Es zeigte sich, dass alle Uransalze «Radioaktivität» — wie wir kurz die Fähigkeit, solche Strahlen auszusenden, nennen — besitzen, und zwar um so energischer, je mehr Uran sie enthalten. Bei der Untersuchung von Uranerzen aber trat bald eine Abweichung von diesem Gesetz zutage. Das Uranpecherz, Pechblende genannt, das hauptsächlich in Joachimsthal in Böhmen gefunden wird, besitzt eine unvergleichlich unsterbliche Aktivität, als man es nach seinem Urangehalt erwarten dürfte. Hier scheint also das Uran nicht die hauptsächlichste Ursache der Strahlung zu sein. Sogar einige Erze ohne Urangehalt, das Thorit, Monazit und ganz neuerdings auch noch das in Ceylon gefundene Thorianit, welches 75 pCt. Thoroxyd enthält, besitzen Radioaktivität.

Aus der radioaktiven, uranhaltigen, böhmischen Pechblende nun ist es Frau Curie in Paris gelungen, durch fraktionierte chemische Behandlung die radioaktive Substanz zu konzentrieren und schliesslich zu isolieren — das Radium. Dasselbe übertrifft den Uran in seiner Radioaktivität um das 100,000fache. Später wurde dies neue Element auch noch spektroskopisch bestimmt und sein Atomgewicht auf 225 festgesetzt. Die frappierenste Eigenschaft der Radiumverbindungen ist es, in den umgebenden Raum Energie abzugeben, scheinbar ohne eine Veränderung selber zu erfahren. Der beträchtlichste Teil der abgegebenen Energie besteht in Wärme, der interessanteste Teil der Energieabgabe ist aber die unsichtbare Strahlung, die Becquerelstrahlung, die sich am einfachsten durch ihre fluoreszenzerregende Wirkung erkennen lässt. Dieses geschieht durch Aufleuchten eines Bariumplatincyanürschirmes. Ausserdem wirkt sie auf photographische Platten durch undurchsichtige Körper hindurch und endlich jonisiert sie die Luft, d. h. macht sie für Elektrizität leitungsfähig. Diese letzte Eigenschaft dient zu ihrem Nachweis durch das Goldblättchenelektroskop. Zu dieser Energieabgabe kommt nun noch eine materielle Abgabe hinzu. Bekannt ist es schon länger, dass Körper, die sich in demselben Raum mit Radiumsalzen befinden, ebenfalls radioaktiv werden. Sie nehmen eine induzierte Aktivität an. Die induzierte Aktivität oder Emanation hängt in keiner Weise mit der Strahlung zusammen, sondern besitzt alle Eigenschaften, die den Gasen zukommen, so z. B. innere Reibung mit Kondensierbarkeit in der Kälte, und unterscheidet sich von der direkten Radioaktivität nur quantitativ und in der Zeitdauer, insofern die Radioaktivität der Emanation schwächer und über kurz oder lang verloren geht. Dass diese Emanation ein ziemlich weit verbreitetes Gas ist, haben Elster und Geitel in Wolfsbüttel nachgewiesen. Dasselbe findet sich an vielen Orten in der Luft, namentlich in Gebirgen, in den Tälern; so sind tonhaltige Gesteine beinahe stets primär radioaktiv. Viele Heilquellen, so z. B. das bekannte Gasteiner Wasser, welches chemisch reines Wasser darstellt erwiesen sich als radioaktiv.

Abgesehen von physikalischen kommt den radioaktiven Strahlen noch eine Reihe physiologischer Eigenschaften zu, welche in den letzten 2 Jahren der Gegenstand eifrigen Studiens waren. Zunächst wissen wir durch die Untersuchungen von Dr. London in Petersburg und Prof. Pfeiffer in Breslau, dass die Radiumstrahlen auf Bakterienkulturen stark hemmend oder abtötend einwirken. Bei Einwirkung von reinem Radiumchlorit auf Mäuse, welche in einer Glasglocke aufbewahrt wurden, traten schon am 2. Tage schwere pathologische Erscheinungen (Lähmung der Hinterbeine etc.) auf. Dann kommen den Radiumstrahlen gewisse direkte Eindrücke auf die Netzhaut zu, wodurch bei geschlossenen Augen Lichterscheinungen hervorgerufen werden. Dies hat eine zeitlang dazu geführt, dem Radium die Eigenschaft, Blinde sehend zu machen, zuzusprechen (London, Prof. Greef). Scholz in Königsberg fand, dass die Radiumstrahlen analog den Röntgenstrahlen bei Belichtung der Haut trophische Störungen der letztern und Ulcerationen hervorrufen. Bei Belichtung von Hautkrebs, Lupus, Angiomen konstatierte derselbe Autor Zerstörungen und Heilungsvorgänge. Diese Befunde wurden auch aus der Czerny'schen Klinik durch Untersuchungen von Dr. Werner und Hirschel bestätigt. Diese Autoren konstatieren auch eine im Vergleich mit den Röntgenstrahlen bedeutende Tiefenwirkung auf die Gewebe bei Radiumbehandlung, zumal bei Sensibilisierung der Gewebe durch Eosin- oder Lecithininjektionen (Werner). Dr. Apolant in Frankfurt beweist durch experimentelle Beobachtungen, dass durch Radiumbestrahlung von Mäusekarzinomen eine vollkommene Resorption der Karzinomzellen eintritt, eine mikro- und makroskopisch nachweisbare Heilung. Prof. Schaper in Breslau endlich hat an Froschlarven den Einfluss des Radiums auf embryonale und regenerative Entwickelungsvorgänge studiert und kommt zu dem Resultat, dass durch Radium die Entwickelungsvorgänge stark gehemmt, bei langer Einwirkung aufgehoben werden. Er nimmt an, dass durch die jonisierende Wirkung des Radium das Lecithin zersetzt wird und die Zersetzungsprodukte weiter hin schädigend auf die übrigen Zellsubstanzen einwirken.

Aus den angeführten Tatsachen ist ohne weiteres zu ersehen, welch mächtige physiologische Wirkung dem reinen Radium zukommt. Womit haben wir es aber bei der Radioaktivität der Mineralquellen oder der verschiedenen Schlammarten zu tun? Wie wir wissen, ist diese Radioaktivität nur auf eine Emanation des Radiums zurückzuführen. Es handelt sich also nicht um reines Radium, nicht einmal um eine direkte Radioaktivität, wie sie den Uran-Mineralien zukommt. Diese Emanation ist nun um ein vielfaches geringer, als die Radioaktivität der Radium enthaltenden Mineralien, welche wiederum um das 100,000 fache weniger radioaktiv sind als das reine Radium. Den Effekt der oben angeführten physiologischen Experimente werden wir also um das 100,000-fache abschwächen müssen, um die Wirkung schwach radioaktiver Stoffe — der Mineralquellen oder des Schlammes — zu erhalten. Trotz dieser geringen Radioaktivität, glaube ich annehmen zu dürfen, dass die Anwesenheit radioaktiver Eigenschaften für die therapeutische Wirkung dieser Heilfaktoren nicht ohne Bedeutung ist, zumal bei Einwirkung auf die ganze Körperoberfläche, wie solches z. B. im Schlammbade geschieht; und zwar denke ich mir die Einwirkung nicht im groben physiologischen Sinne, wie solches durch die Wanne des Bades oder durch starke Hautreize ausgelöst wird, sondern eher im Sinne einer molekulären Beeinflussung der Zellen, welche infolgedessen zu einer anderen Tätigkeit angeregt werden. — Nach den neueren Anschauungen

Digitized by Google

wird ja die Radioaktivität als eine materielle Eigenschaft der Atome aufgefasst, indem negativ elektrisch geladene Teilchen mit grosser Vehemenz in einer Richtung fortgeschleudert werden. Wie bei Entfaltung der Radioaktivität eine Bewegung der Atomteilchen zustande kommt, ebenso kann man annehmen, dass radioaktive Substanzen das Zellmolekül beeinflussen, indem dasselbe neue Bewegungen erhält, in andere Schwingungen versetzt, d. h. umgestimmt wird. Die «umstimmende» Wirkung der Schlammbäder, welche empirisch wohl jedenfalls feststeht, lässt sich nur schwer durch eine allgemeine Hebung der Körperkräfte erklären; ebensowenig ist es zu verstehen, auf welche Weise verdünnte Schlammbäder eine vermehrte Leukocytose oder eine Steigerung der Blutalexine bewerkstelligen sollten. Dagegen ist es ziemlich einleuchtend, dass die so eminent grosse Fähigkeit radioaktiver Substanzen, selbst in geringster Konzentration, physikalische Wirkungen zu entfalten, molekuläre Umstimmungen der Zellen zur Folge haben kann. Wenn nun einerseits diese Annahme durch solche Tatsachen, wie z. B. den hohen Gehalt an Radioaktivität im Gasteiner Wasser unterstützt wird (letzteres stellt bekanntlich nur chemisch reines Wasser dar, welches gleichzeitig zu Heilzwecken schon Jahrhunderte benutzt wird), so sehen wir andererseits, dass die Karlsbader und Franzensbader Moorerde nicht die Spur radioaktiv ist. Da nun ihre heilkräftige Wirkung als sichergestellt gelten darf, so müssen ihre therapeutischen Wirkungen auf einem anderen Faktor als auf ihrem Radiumgehalt beruhen. Es ist ja klar, dass wir uns bei solchen Erörterungen auf rein theoretischem Boden befinden, wie es auch gar nicht anders sein kann, da wir es mit den Wirkungen eines Stoffes zu tun haben, der chemisch-physikalisch noch gar nicht zu Ende studiert worden ist. Wir haben auf diesem Gebiete noch viele Untersuchungen abzuwarten, um ein mehr oder weniger endgültiges Urteil über die therapeutische Wirksamkeit radioaktiver Substanzen abgeben zu können.

Zum Schluss will ich meine Anschauung über die Wirkung der Schlammbäder dahin zusammenfassen, dass denselben eine gewisse, empirisch festgestellte spezifische Wirkung zukommt, welche theoretisch nicht durch die chemisch-physikalischen oder durch die radioaktiven Eigenschaften dieser Bäder erklärt werden kann. Dazu ist namentlich die Radioaktivität zu geringwertig und zu wenig bekannt. Dagegen spielen die radioaktiven Eigenschaften des Schlammes ebenso wie die Temperatur, das spezifische Gewicht und der Gehalt an Salzen eine Rolle, indem dieselben zur Gesamtwirkung dieser einzelnen Momente ein neues Moment hinzufügen und dadurch die Gesamtwirkung erhöhen.

Nach den wahren Ursachen der spezifischen Wirkung der Schlammbäder wird man aber noch weiter suchen müssen.

Referate.

J. Holmgren: Fickers Typhusdiagnostikum. Hygiea, 1905, S. 38.

Das Ficker'sche Präparat ist aus toten Typhusbazillen dargestellt, welche in einer Flüssigkeit von unbekannter Zusammensetzung suspendiert sind und somit — nach berühmten Mustern — ein Geheimmittel darstellen. Es wird von Merck zugestellt und ist mit Gebrauchsanweisung versehen. Die Reaktion ist nach des Verf. Untersuchungen genau so sicher wie die Gruber-Vidal'sche, hat aber vor dieser den grossen Vorzug voraus, dass man keiner besonderen Uebung, keines Mikroskops und Thermostats bedarf, weil sie makroskopisch bei Zimmertemperatur vor sich geht und dabei sehr bequem und handlich ist. Auch ist diese Methode der älteren insofern überlegen, als sie nach einer bestimmten Methodik mit einem Präparat von einheitlicher Beschaffenheit und zugleich grosser Haltbarkeit ausgeführt wird und homogenere Resultate liefert. Mit der Vidal'schen Reaktion hat die Ficker'sche die Ungelegenheit gemein, dass sie erst von Beginn der zweiten Woche an sichere Resultate giebt.

Buch.

A. Alfvén: Die Haltbarkeit des Diphtheriebazillus bei verschiedenen Temperaturen (Schwedisch). Hygiea, 1905, S. 30.

Der Winterkälte wurden 16 Proben von eben so vielen Patienten ausgesetzt. Die Bazillen lebten noch nach 3—15 Tagen und waren tot nach 5—20 Tagen.

21 Proben von verschiedenen Patienten wurden bei Zimmertemperaturen verwahrt. Die Bazillen waren noch am Leben nach 4—87 Tagen, tot nach 9—120 Tagen, Mittel 30 Tage. Viel länger lebten die in Membranen eingeschlossenen Bazillen. Zwei Proben, welche die Eintrocknung in dünner Schicht 4 Monate, beziehungsweise 34 Tage überlebten, hielten in Membranen 5½ bez. 3½ Monate aus.

Bei schnellerem Trocknen sterben die Bazillen weit früher ab. 19 Proben, die im Thermostat ununterbrochen einer Temperatur von 37° bei reichlichem Luftzutritt getrocknet wurden, waren nach 4—22 Tagen (Mittel 10) sämtlich steril.

13 Proben in dünner Schicht wurden im Thermostat einer Temperatur von + 50° ausgesetzt. Sie wurden steril nach 14—30 Stunden.

In feuchter Luft von + 60° wurden alle Proben steril gefunden nach 3 Stunden. Bei + 70° lebten die Bazillen noch nach einer halben Stunde und waren tot nach einer Stunde. Bei + 80° lebten sie noch nach ¼, waren tot nach ½ Stunde. Bei + 90° waren alle Proben tot nach ¼ Stunde.

Die Diphtheriebazillen sind somit ungemein haltbar. Die Resultate dürften für Desinfektionszwecke von Bedeutung sein.

Buch.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Baginsky: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Leipzig. Verlag von S. Hirzel 1905.

Das Lehrbuch des bekannten Berliner Klinikers ist weitverbreitet und erfreut sich der allgemeinen Anerkennung und Wertschätzung. Auch in unserer Wochenschrift ist seiner Zeit auf das damals neu erschienene Werk hingewiesen worden. Eine Auflage folgte der anderen in kurzen Zwischenräumen. Jetzt liegt bereits die achte vor. In fast jedem einzelnen Kapitel hat Verfasser ausgiebige Verbesserungen vorgenommen.

Die Darstellung der Krankheitsformen ist von der reichen wissenschaftlichen Lebenserfahrung des Verfassers durchdrungen und durch plastisch hervortretende Krankheitsbilder illustriert und belebt.

B. hat in therapeutischer Beziehung das geboten, was er selbst erfahren, die vielfach «modern gewordene nutzlose Polypragmasie» verwirft er, denn «die vis medicatrix naturae ist im kindlichen Organismus in höchster Wirksamkeit und man muss sich davor hüten, ihr störend in den Weg zu treten». — Ein genaueres Eingehen auf die einzelnen Kapitel kann füglich unterbleiben.

Lingen.

Ph. Biedert: Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind. 5. Aufl. Stuttgart. 1905. Enke.

Das bei Aerzten und Laien weitverbreitete Buch bringt eine Fülle von wissenschaftlichem Material, das vom Verfasser in so geistreicher und doch leicht fasslicher Form verarbeitet wird, dass nicht nur der Arzt, sondern auch jede intelligente Mutter den «neuen Biedert» mit Nutzen für ihre Kleinen lesen wird.

Der Stoff ist folgendermassen geordnet: 1) Die Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahr. 2) Nahrungsorgane und Nahrungsmittel der Kinder. 3) Das Stillen durch Mütter und

Digitized by Google

Ammen und die Pflege von Mutter und Kind. 4) Die künstliche Ernährung. 5) Die Störungen der Ernährung.

Sehr interessant ist das sozialökonomische erste Kapitel über die Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahr, in dem mit Hilfe eines grossen statistischen Materials gezeigt wird, «wie das Schicksal des werdenden Menschen unweigerlich bestimmt wird von den verfügbaren ökonomischen Mitteln», und wie die Säuglingssterblichkeit in letzter Linie erfolgreich bekämpft werden kann nur durch Hebung des nationalen Wohlstandes und des Kulturniveau's.

Eine traurige Illustrierung der Richtigkeit dieses Satzes bildet die enorme Mortalitätsziffer der Säuglinge in Russland.

M.

Dr. Konrad Cohn (Berlin): Kursus der Zahnheilkunde. Ein Hilfsbuch für Studierende und Zahnärzte. III. vollständig umgearbeitete und vermehrte Auflage mit 106 Abbildungen im Text. (Berlin 1905. Verlag von Fischer's mediz. Buchhandlung H. Kornfeld).

Das vorliegende Handbuch der Zahnheilkunde, welches vor mehr als zehn Jahren in der Form eines bescheidenen Repetitionskursus für Kandidaten der Zahnheilkunde erschien. dem nach zwei Jahren dann ein ergänzender II. Teil mit Abschnitten über Bakteriologie, Arzneimittellehre, allg. Chirurgie und spezielle Pathologie und Therapie folgte, hat in den interessierten Kreisen eine so freundliche Aufnahme gefunden, dass es jetzt bereits in III. Auflage erschienen und durch beständige Erweiterungen und Hinzufügungen zu einem stattlichen Bande von 713 Seiten angewachsen ist. Der reiche Inhalt des Buches ist in 10 Abschnitten angeordnet, von denen die ersten 8 die Histologie, Anatomie, vergleichende Anatomie, Entwickelungsgeschichte, Physiologie, Pathologie, Bakteriologie und Arzneimittellehre, soweit diese für die Zahnheilkunde in Betracht kommen, bringen, worauf im 9. Abschnitte eine kurze allg. Chirurgie folgt.

In dem umfangreichsten, 10. Abschnitte, der den Arzt besonders interessiert, werden schliesslich auf 160 Seiten die Krankheiten des Mundes und der Zähne abgehandelt, ihre Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie eingehend besprochen und, wo nötig, durch Krankengeschichten illustriert. Ueberall ist den neuen Forschungen und Erfahrungen Rechnung getragen.

Wenn das Buch auch vorzugsweise für Studierende bestimmt ist, so wird doch auch der praktische Arzt, namentlich der Landarzt, der häufig auch Zahnkrankheiten zu behandeln hat, in dem speziellen Teile desselben manche erwünschte Auskunft und Belehrung finden.

Druck und Ausstattung sind — wie wir das bei den Werken des Kornfeldschen Verlages zu sehen gewohnt sind — durchaus gut.

Bernhoff.

Orthmann: Leitfaden für den gynäkologischen Operationskurs. 2. Aufl. (Leipzig, Verlag von Thieme 1905).

In kurzer prägnanter Fassung findet der Leser eine anschauliche Beschreibung aller typischer Operationen. Das Buch ist ein guter Leitfaden für den gynäkologischen Operationskursus an der Leiche und kann eventuell dem Anfänger bei seinen ersten Schritten auf der operativen Laufbahn ein guter Ratgeber sein. In diesem Sinne findet es seinen angemessenen Platz auch in der Bibliothek des Spezialisten neben den ausführlichen Handbüchern. Ein grosser Vorzug sind die zahlreichen, instruktiven Abbildungen. Die angeführten Operationsmethoden stammen, soweit sie nicht allgemein gültig sind, aus der bewährten Martin'schen Schule.

W. Beckmann.

E. Aufrecht: Pathologie und Therapie der Lungenschwindsucht. (1905, Wien, Alfred Hölder.)

Das Buch enthält ausschliesslich die eignen Anschauungen und Erfahrungen des Verfassers und hierin liegen sein Wert und seine Mängel, d. h. einerseits Einheitlichkeit der Auffassung, andererseits rigorose Negierung und Ignorierung fremder Auffassungen und Resultate. Was zunächst die Aetiologie betrifft, so wird die «vollkommen unerwiesene» Inhalationstheorie, durch Widerlegung der schwächeren Argumente abgetan, die übrigen Theorien (Behring etc.) werden so gut wie ignoriert und mit auffallender Einseitigkeit die schon früher aufgestellte Theorie des Verfassers ausgesponnen, wonach der Tuberkelbazillus in die Lungen stets auf dem Blutwege gelangen soll und zwar nach Einbruch in die Blutgefässe aus den adhärenten tub. Lymphdrüsen. Als Eingangspforten in die Lymphbahnen sollen Tonsillen und Mediastinaldrüsen dienen. Das primäre an der Tuberkelbildung ist — zellige Wucherung in der Wand kleiner Blutgefässe, darnach soll dann Obliteration und Nekrose-Verkäsung in dem von dem betr. Gefäss gespeisten Gewebe erfolgen. «Der miliare graue Tuberkel ist nur der Durchschnitt durch ein Gefäss mit verdickter Wand» (?!). Die Ausführungen des Verfassers sind durch vielfach recht mangelhafte Abbildungen erläutert. Das Kapitel von der Disposition zur Lungenphthise dürfte im ganzen weniger Widerspruch erfahren, enthält aber auch weniger eigene Anschauungen des Verfassers. Die Praedilection des tub. Prozesses für die Lungenspitzen wird durch die schlechteren Cirkulationsverhältnisse, die das Haftenbleiben der Bazillen erleichtern, erklärt. Die im Kapitel «Klinik der Lungenschwindsucht» proponierte Stadieneinteilung der Lungentuberkulose darf nicht auf allgemeine Aufnahme rechnen, da sie eine anatomisch-klinische ist und daher weder klinische Befunde noch Sektionsergebnisse darnach klassifiziert werden können. — Tuberkulin wird als erlaubtes diagnostisches Hilfsmittel bezeichnet, die Anwendung detaillierter besprochen.

Im therapeutischen Abschnitt fällt die kritische Würdigung und Begründung des «hygienisch-diaetetischen Verfahrens» angenehm auf, sowie die berechtigte Abwehr gegen gewisse Auswüchse derselben. Die Hydrotherapie will Verfasser auf warme Vollbäder beschränkt wissen, «von kaltem Wasser habe ich niemals und in keinem Stadium der Lungentuberkulose Gebrauch gemacht». Zur Beförderung der Ueberernährung wird Glycerin in grösseren Dosen empfohlen. Der Nutzen von Kreosot und Arsenik wird vollkommen negiert, bei intravenösen Hetolinjektionen hat Verf. «ausser 2-maligem Auftreten von Pneumonien keinen Erfolg» gesehen.

(Alt-)Tuberkulin hat Verf. viel verwendet, sowohl nach Petruschky als nach neuer, eigner Methode (Dos. v. 1 dcmgr, nicht höher, und zwar speziell bei vorgeschrittenen, fiebernden Kranken), die Verfasser nach seinen bisherigen Resultaten als sehr hoffnungsvoll betrachtet.

A. Feldt.

Zondek: Zur Chirurgie der Ureteren. Klinische und anatomische Untersuchungen. (Berlin, 1905. Hirschwald).

Verf. veröffentlicht in vorliegender kleiner Schrift seine aus dem anatomischen und pathologisch-anatomischen Instituten zu Berlin stammenden Untersuchungsresultate. Wesentlich deskriptiv-anatomischen Charakters, werden sie durch eine ganze Reihe von physiologischen und klinischen Bemerkungen und Exkursen durchzogen und gewürzt, die bei der angenehm-fliessenden Darstellungsweise des Verfassers die Lektüre des kleinen Büchleins sehr angenehm gestalten. Leider sind nur manche der Abbildungen nicht als «sehr gelungen» zu bezeichnen.

Wichert.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1335. Sitzung am 14. Februar 1905.

1. Dr. Germann demonstriert einen kleinen Patienten mit einer fehlerhaften Stellung des unteren Lides. Der Knabe hatte einen Abszess im Anschluss an Karies des Jochbeins. Der Abszess perforierte in der Gegend des äusseren Augenwinkels. Durch Narbenretraktion bildete sich ein starkes Ektropium des unteren Lides, welches unbeweglich an den Knochen fixiert wurde durch eine harte trichterförmige Narbe. Durch eine Operation musste einerseits die Lösung und Hebung des Lides und andrerseits die Erhaltung des Lides in normaler Stellung angestrebt werden. Nach Lösung der Narbe und Fixation des unteren Lides in normaler Höhe und Stellung, galt es einen Defekt zu decken und Stütze gegen nochmalige fehlerhafte Anheilung zu bieten. Der Defekt war aber nicht nur flächenhaft, sondern auch reichlich einen Zentimeter tief. Eine einfache Deckung in der Höhe der Hautwundränder hätte unter dem Lappen eine Höhle geschaffen. Es musste also der Lappen so tief herangebracht werden, dass derselbe dem Boden des zu deckenden Defektes, dem Rande des Jochbeines anliegen könnte. Dieses war bei der üblichen Verlagerung eines gestielten Lappens nicht möglich und Germann verfuhr daher folgendermassen: Etwa 1 Zentimeter von dem Defekt entfernt wurde ein entsprechend langer Hautlappen mit oberer Basis aus der Haut der Wange gebildet. Darauf wurde die Hautbrücke zwischen diesem Lap-

Digitized by Google

pen und dem zu deckenden Defekte unterminiert, der mobilisierte Hautlappen hindurchgezogen und in den Defekt nach oben geschlagen und fixiert. Dadurch bekam das Lid den nötigen Stützpunkt und wurde der Narbentrichter ausgefüllt.

Diskussion:

Dr. Blessig: Für das einzuschlagende Verfahren ist im wesentlichen die Tiefe der Narbe massgebend. Bei oberflächlichen Narben z. B. nach Verbrennungen kann man mit Thiersch'schen Transplantationen gute Erfolge erzielen; tiefe Narben jedoch, wie sie nach Knochenprozessen zurückbleiben, werden am besten durch gestielte Hautlappen, eventuell mittelst Untertunnelung gefüllt.

Dr. Fick: Für plastische Operationen am unteren Lide dürfte sich unter Umständen die von Prof. Zoege v. Manteuffel empfohlene Narbenunterfütterung mit Fettgewebe empfehlen. Diese Methode würde vor dem von Germann geübten Verfahren den Vorzug haben, dass die Oberhaut nicht in tiefere Gewebsschichten verlagert wird, was doch durch Mazeration des Epithels zur Sekretion führen kann.

Dr. Blessig: Bei der Schneller'schen Operation, bei der Haut über Haut genäht wird, hat man allerdings die Bildung von Atheromen beobachtet.

2. Dr. Lunin demonstriert a) den Kehlkopf eines Knaben, der nach einem Typhus Erscheinungen von Larynxstenose bekam. Es wurde zunächst 10 Tage lang intubiert, darauf tracheotomiert. Der Tod erfolgte an Pneumonie. Als Ursache der Larynxstenose fand sich eine Perichondritis cricoidea. Am Präparate sind ausser einem Abszess an der Cartilago cricoidea noch Dekubitusgeschwüre zu sehen, die von der Intubation herrühren.

b. Die Rachenorgane eines Kindes mit Angina necrotica.

c. Das Herz eines Kindes von 1 Jahr 8 Monaten mit offenem Ductus Botalli und Atresie der Pulmonalis.

Mädchen von 1 Jahr und 8 Monaten. Anamnese: Das Kind soll immer kränklich und cyanotisch gewesen sein. Besondere Krankheiten habe es nicht zu überstehen gehabt.

Status praesens: Allgemeine Cyanose, Trommelschlägelfinger. Die Herzgegend vorgewölbt. Herzgrenzen: Nach oben oberer Rand der III. Rippe, rechts 1½ Ct. vom rechten Sternalrande, Spitzenstoss im V. Interkostalraum 2 Ct. nach aussen von der Mamillarlinie, deutliche Pulsation des Epigastrium; bandförmige Dämpfung am linken Sternalrande nur angedeutet. Ueber der Pulmonalis starkes Schwirren zu fühlen. Auskultation: Ueber der Pulmonalis starkes brausendes systolisches Geräusch, das sich auch in die Diastole fortsetzt; der II. Pulmonalton nicht zu hören. Dieses systolische Geräusch ist am stärksten am linken Sternalrande vom 2. bis zum 4. Interkostalraum, und wird in die grossen Gefässe, besonders deutlich links, fortgeleitet. Ueber der Aorta hört man, statt des ersten Tones, das von der Pulmonalis fortgeleitete starke Geräusch, der zweite Aortenton deutlich hörbar. Ueber der Mitralis und Tricuspidalis hört man den ersten Ton und statt des 2. das brausende Geräusch von der Pulmonalis herkommend. Diese Geräusche, das systolische wie diastolische, waren am stärksten am Sternalrande und nahmen nach allen Richtungen an Intensität ab. Auf dem Rücken, besonders links vom III. und IV. proc. spinosus deutliches brausendes Geräusch, das während der Systole an Intensität zunimmt.

Die Diagnose lautete auf Persistenz des Ductus Botalli, gestützt: 1) Auf das Geräusch, Charakter und Lokalisation desselben; 2) Fortleitung desselben in die grossen Gefässe; 3) Hypertrophie der beiden Ventrikel; 4) Die bandförmige Dämpfung; 5) Fortleitung zum Rücken und 6) die allgemeine Cyanose. Es fehlte blos die Verstärkung des II. Pulmonaltones (Hochsinger), der gar nicht zu hören war. Es musste also noch eine Veränderung an der Pulmonalis vorliegen, vielleicht eine Stenose mit Veränderung an den Klappen, zumal reine Fälle von Persistenz der Duct. Bot. doch zu den seltenen Erscheinungen gehören. Ob noch andere kongenitale Defekte hier vorlagen, liess sich natürlich nicht bestimmen, Das Kind erkrankte an Morbilli mit catarrh. Pneumonie und starb einen Monat nach der Aufnahme ins Hospital.

Sektion: Offenbleiben des Ductus Bot.; derselbe ist 2 Ct. lang und für eine dicke Sonde durchgängig. Das Aortenende ist bedeutend weiter als das Pulmonalende. Atresia art. pulmonalis und Dilatation des blindsackartigen dünnwandigen Stumpfes. Die Aorta entspringt aus beiden Ventrikeln.

Demonstration des Präparates.

Diskussion:

Dr. Kernig hat einen Fall von Offenbleiben des Ductus Botalli bei Erwachsenen beobachtet. Er fragt, wo das Geräusch bei dem Kinde am lautesten zu hören war?

Dr. Lunin: Im 2. Interkostalraum links vom Sternum bis hinab zum 4. Interkostalraum und ferner nach rechts über der Aorta und in den grossen Halsgefässen, sowie über den oberen Partien des Rückens.

Dr. Hoerschelmann: Nach Hochsinger's Angaben entstehen die Geräusche, die auf den oberen Partien des Rückens lauter zu hören sind, an den arteriellen Ostien, während die über den unteren Partien des Rückens deutlicher hörbaren Geräusche auf die Atrioventrikularklappen zu beziehen sind. Was den Ursprung der Aorta aus beiden Ventrikeln gemeinsam anbetrifft, so ist dieses Verhalten bei Atresie der Pulmonalis das Gewöhnliche.

d) Das Herz eines 4-jährigen Knaben mit einem Defekt im Septum ventriculorum.

Knabe von 4 Jahren wird ins Elisab.-Kr.-H. wegen lobulärer Pneumonie aufgenommen, der er nach 3 Wochen erliegt. Ausser dem Befunde an den Lungen wird am Herzen folgendes gefunden. Die Herzgegend vorgewölbt; die rechte Grenze normal, die obere reicht bis zum 2. Interkostalraum. Die linke Grenze im 5. Interkostalraum bis zur vorderen Axillarlinie, wo der Spitzenstoss zu fühlen ist. Ueber dem ganzen linken Herzen ein deutliches systolisches Geräusch ziemlich gleichmässig laut zu hören. Akzent des II. Pulmonaltones. Die übrigen Töne normal. Es wurde an eine Insuffizienz der Mitralis gedacht, aber auch die Möglichkeit einer Septumapertur in Erwägung gezogen.

Sektion: Das Herz stark nach links verlagert, der rechte Ventrikel stark vergrössert, der linke von normalem Umfange. Im oberen vorderen Teil des Septum ventriculorum eine runde Oeffnung von etwa ¾ Ct. im Durchmesser mit sehnig entarteten Rändern. An den Rändern der Mitralklappen leichte Verdickungen. Die Klappen schlussfähig. Die übrigen Klappen gesund.

Die Verlagerung des Herzens nach links konnte die Sektion nicht erklären.

Die Diagnose eines Septumdefektes ist mit Sicherheit nicht immer möglich, zumal Septumdefekte auch ohne besondere Geräusche verlaufen können. Der Umstand, warum bei Septumdefekten das eine Mal Geräusche gehört werden, das andere Mal nicht, lässt sich am besten durch die Hypothese Hochsingers erklären.

Die Symptome des Septumdefektes, Erweiterung des rechten Herzens, Akzent des II. Pulmonaltones und systolisches Geräusch mit dem Intensitätsmaximum im III. Interkostalraum links neben dem Sternum, das aber über dem ganzen linken Herzen gehört werden kann, geben leicht Veranlassung zur Verwechselung mit der Mitralinsuffizienz, zumal bei besonders kleinen Kindern der Ort des Intensitätsmaximums des Geräusches mitunter schwer zu bestimmen ist. Hört man an der Spitze neben dem Geräusche 2 reine Töne, so spricht dieses für Septumdefekt. Ausserdem muss die Anamnese berücksichtigt werden, ob etwa Gelenkrheumatismus etc. vorausgegangen sind. Von Verwechselung mit der Pulmonalstenose kann der Akzent des II. Pulmonaltones schützen, falls die Klappen der Pulmonalis normal sind.

Demonstration des Präparats.

(Autoreferat).

Diskussion:

Dr. Hoerschelmann: An dem vorgezeigten Präparate ist das Ostium der Aorta sehr eng, jedenfalls viel enger als das der Pulmonalis. Es liegt also wohl eine Stenose der Aorta vor.

Dr. Westphalen: Die Ostien der Aorta und Pulmonalis sind normaliter annähernd gleich weit. In dem vorliegenden Falle muss aber die Pulmonalis weiter sein als die Aorta, da sie die Hauptmasse des Blutes aus dem Herzen geführt hat. Wenn venöses Blut aus dem rechten in den linken Ventrikel übergetreten wäre, so müsste Cyanose vorhanden gewesen sein. Der Mangel einer solchen, sowie die Hypertrophie des rechten Ventrikels sprechen dafür, dass die Pulmonalis ausser dem venösen Blut auch noch einen Teil des arteriellen, also die grössere Blutmenge, zu befördern hatte, während die Aorta nur wenig und rein arterielles Blut geführt hat.

Dr. Hoerschelmann: Es ist zweifelhaft, ob die Mischung des arteriellen mit dem venösen Blute die Cyanose bedingt. Es kommt doch wahrscheinlich noch Stauung hinzu.

Dr. Westphalen: Der andere von Dr. Lunin demonstrierte Fall beweist, dass grade diese Mischung die Cyanose bedingt.

Dr. Kernig: Die durch angeborene Herzfehler bedingten Geräusche schwinden im späteren Leben bisweilen ganz. Ich erinnere mich eines Kindes, bei welchem ein Herzgeräusch so laut war, dass es par distance wahrnehmbar war. Jetzt nach mehr als 20 Jahren ist nur ein mässig vergrössertes Herz mit vollkommen reinen Tönen zu konstatieren. Doch auch er-

Digitized by Google

worbene endokarditische Geräusche können schwinden. So ist mir ein Fall von Aorteninsuffizienz bekannt, die vor vielen Jahren ein deutliches Geräusch verursachte, während dasselbe jetzt nicht hörbar ist. Dieses Verhalten könnte man sich so erklären, dass die Herzklappen im Laufe der Jahre durch Dehnung wieder suffizient werden.

Dr. Hoerschelmann: Das Schwinden der durch angeborene Herzfehler bedingten Geräusche im späteren Leben ist schwer zu erklären. Es ist die Annahme nicht von der Hand zu weisen, dass es sich in vielen solchen Fällen gar nicht um angeborene Herzfehler, sondern um erworbene endokarditische Prozesse handelt, die im Kindesalter nicht selten zur Ausheilung kommen.

Dr. Masing: Aus dem Verschwinden der Geräusche darf noch nicht unbedingt der Schluss gezogen werden, dass der Prozess, der sie früher bedingte, zur Heilung gekommen ist.

Dr. Schmitz: Es empfiehlt sich, Kranke mit wechselnden Phänomenen am Herzen bei beschleunigter Herztätigkeit zu untersuchen. Es werden dann gelegentlich Geräusche wahrnehmbar, die bei ruhiger Herzaktion nicht zu hören waren.

Dr. Kroug: Bei der Erklärung des Verschwindens der durch angeborene Herzfehler bedingten Geräusche ist auch der Umstand in Betracht zu ziehen, dass das Wachstum als solches am Herzen Veränderungen giebt, die die akustischen Phänomene zum Schwinden bringen können.

3. Dr. Germann berichtet über die Frequenz des Augenhospitals im Jahre 1904.

Direktor: Dr. W. Kernig.
Sekretär: Dr. Wold. Fick.

NACHTRAG.

Dr. Hoerschelmann giebt als Nachtrag folgende Daten aus der Literatur über die Weite der arteriellen Ostien:

Nach Rauber:

	Weite der Pulmonalis:	Weite der Aorta:
Bei Neugeborenen	23,5 mm.	18 mm.
14—15 Jahre . .	51 »	48 »
24—31 » . .	64 »	60 »
47—71 » . .	67 »	73 »

Nach Benecke verhält sich beim Neugeborenen die Weite der Pulmonalis zu der der Aorta wie 46 zu 40, in der Pubertätszeit sind beide Ostien annähernd gleich weit und beim Erwachsenen ist das Verhältnis wie 38,5 zu 40.

Nach Sernow misst die Aorta bei Kindern 28 mm., die Pulmonalis ist etwas enger.

Nach Rilliet und Barthez sind Aorta und Pulmonalis bei der Geburt ziemlich gleich weit, im späteren Kindesalter ist die Pulmonalis weiter als die Aorta.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 2. März 1905.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Dr. v. Sengbusch 2 Fälle von Patellarfrakturen. Die Patella war mit Draht genäht worden und die Patienten waren ihm zur mechanischen Behandlung in seinem Institut überwiesen worden. Die durch die Uebungen erhaltenen Resultate sind befriedigend. Sodann hält Herr Dr. v. Krüdener seinen angekündigten Vortrag a) Ueber Cysticercen im Gehirn und Auge; b) Ueber Streptotrixerkrankung des Auges.

In ausgiebiger Weise werden dabei vom Vortragenden mikroskopische Präparate unter dem Mikroskop und mit dem Skioptikon zur Anschauung gebracht.

Dr. v. Krüdener: Betreff der ersten Lokalisation berichtet er über 2 Fälle und demonstriert die zugehörigen Präparate. Das erste Mal handelt es sich um einen 20-jährigen Rekruten, der wegen Verdacht auf Simulation vor der militärischen Kommission stand. Im Vordergrund des Krankheitsbildes standen Kopfschmerzen, ganz unbestimmter und vager Natur. Ferner wurden epileptiforme Krämpfe angegeben, welche gelegentlich den Arm befallen haben sollten und mit mehr oder weniger Bewusstseinsverlust einhergingen. Eine Therapie, welche wegen Verdacht auf Lues cerebri eingeleitet worden war, blieb erfolglos. Motorische und sensible Ausfallserscheinungen fehlten. Bei der Augenuntersuchung fand sich nach längerem Hospitalaufenthalt deutliche Stauungspapille. Auch ein rechtseitiger beiderseitiger hemianoptischer Defekt schien sich herauszubilden, liess sich aber nicht sicher in seinen Grenzen bestimmen, weil Patient in höchstem Masse agravierte. Eines Tages, ganz unvermutet, erfolgte der Tod durch Respirationslähmung. Bei der Sektion fand sich eine Cysticerkusblase von 2 Zentim. Länge links an der Teilungsstelle von Cornu Ammonis und Calcar avis. Die andere, ebenso grosse, im 4. Ventrikel, wo sie an dessen caudalem Ende eine kleine Impression hervorgerufen hatte.

Vortragender untersuchte den ganzen Sehnerven und fand eine Quellung der Nervenfasern, welche einen völligen Verschluss der Arteria und Vena centralis Retinae, von ihrer Eintrittsstelle in den Sehnerven bis zum Bulbus hervorgerufen hatte. Zwischen Dura und Pia lag ein zellarmes Exsudat, dessen Vorhandensein eine ampullenförmige Ausdehnung des intervaginalen Raumes hervorgerufen hatte. Diese Präparate werden am Projektionsapparate demonstriert. Hieran schliesst sich eine Demonstration normaler Schnitte durch den Sehnerven, das Chiasma, die Tractus und die anliegende Carotis. Eine Reihe von van Gieson-Schnitten zeigen den Recessus chiasmatis und seine Beziehungen zum 3. Ventrikel. Der 2. Fall betrifft einen Echinokokkus, der auf dem Chiasma sitzt. Der 30-jährige Patient war zuerst von Dr. Sokolowski auf verschiedene nervöse Symptome behandelt worden. Dr. Krüdener fand ein zentrales Skotom und dachte zuerst an eine Neuritis retrobulbaris, zumal Nikotin-Abusus vorlag. Als jedoch weitere cerebrale Erscheinungen sich einstellten, Erbrechen und Puls-Verlangsamung, wurde an eine schwere organische basale Gehirnerkrankung gedacht. Motorische und sensible Störungen fehlten völlig. Patient suchte Dr. Krüdeners Klinik auf und hier kam dieser wegen des eigentümlichen Wechselns der Symptome auf den Verdacht, dass ein Blasenwurm vorliege. Patient lebte darauf längere Zeit auf dem Lande und ging dann nach Dorpat, wo es Dr. Lakschewitz gelang, auf eine bitemporale Hemianopsie hin die Diagnose einer, auf das Chiasma drückenden Bildung zu stellen. Patient starb in einer Art epileptischen Anfalls und die Sektion erwies die Richtigkeit von Dr. Lakschewitz' Diagnose: Der Echinokokkus sass im 3. Ventrikel, drückte von oben auf das Chiasma und hatte nach unten das Infundibulum eingenommen, die Corpora mamillaria nach hinten drängend. Auf die Degeneration waren zunächst nur einige Sehnerventeile vom Vortragenden nach Marchi untersucht worden. Es fand sich Degeneration der im Zentrum liegenden Sehnervenfasern und der an der inneren Seite verlaufenden. Hier waren Axenzylinder und Markscheiden total degeneriert, ferner fanden sich Fettkörnchen, Zellen, Astrocythen, Wucherungen der Glia von der Peripherie her und Quellung der bindegewebigen Elemente.

Der Fall wird nach unserer Bearbeitung der aufsteigenden Degeneration an anderem Orte publiziert werden. — Vortragender geht darauf auf die Symptome des Cysticerkus am Auge über, beschreibt 3 Fälle, die er gesehen, und demonstriert einen subretinalen Blasenwurm. Das Krankheitsbild täuschte zuerst einen Tumor vor, bis die Bewegung des Blasenwurms zur richtigen Diagnose führte. Der Träger ging nicht auf Extraktion des Parasiten ein und wartete, bis eine sekundäre Entzündung eintrat, welche schliesslich die Enukleation nötig machte. In einem zweiten Fall, den Vortragender beobachtete, sass die erbsengrosse Cyste im inneren geraden Augenmuskel. Die bei Menschen vorkommenden Cysticercen stammen meist von Taenia solium und gelangen in den meisten Fällen durch Auto-Infektion in den Menschen, indem die Onkosphären, nachdem sie in den Magen des Menschen gelangt, hier ihrer Chitinhülle beraubt werden und dadurch die Möglichkeit erwerben, weiter zu wandern. Der gewöhnliche Zwischenwirt ist das Schwein. Die Cysticercen der Taenia mediocanellata, deren Zwischenwirt das Rind ist, gehören zu den grossen Seltenheiten; zu den noch grösseren die der Taenia cucumerina. Botriocephalus latus bildet nach Braun keine Gefahr für den Menschen. In Nr. 2 lag eine Echinokokkusblase vor, welche, soviel wir wissen, von Taenia Echinokokkus des Hundes stammt. Merkwürdigerweise litt Patient aber selber an Taenia solium. — Zum Schluss demonstriert Vortragender eine erbsengrosse Streptotrixkolonie aus dem Thränensack; die zarten Mycelien mit ihren Sporangien erinnern lebhaft an Aktinomyces. An den Basidien sitzen zahlreiche Leukocyten, die wie Insekten an einer Drosera angeordnet sind. Da keine Phagocythose nachweisbar, könnte man auf den Gedanken kommen, dass die Lymphkörperchen von diesem Pilze als Nahrung gebraucht werden, wofür auch ihre Degeneration sprechen würde.

(Autoreferat).

In der folgenden Diskussion führt Dr. M. Schönfeldt aus, dass nach Dr. Krüdener gerade die Tatsache, dass in

Digitized by Google

dem einen Fall die Abnahme des Sehvermögens nur vorübergehend war, bei Aenderung der Lage besser wurde, zur Diagnosenstellung auf Cysticercuserkrankung verwandt werden konnte. Dr. Schönfeldt fragt, ob die vorübergehenden Besserungen und Verschlimmerungen darauf zurückzuführen sind, dass die Blase (vor ihrer Einkapselung) durch Ortsveränderung die Cirkulation des Liq. cerebrosp. mehr abschliesst.

Die ante mortem bei beiden Kranken Krüdeners beobachteten epileptiformen Krämpfe hat Redner ebenfalls Gelegenheit gehabt zu sehen in einem Fall, wo eine ganze Anzahl von Cysticercen im Gehirn und seinen Häuten verstreut war.

Beim späten Auftreten von Krämpfen (im 30–40 Jahr) bei Menschen, welche früher nie an Krampfanfällen gelitten, müsse man an Cysticercen denken.

Dr. v. Krüdener meint, dass nur durch die Eigenbewegungen der Cysticercen, in denen der Kopf vorgestossen und eingezogen wird, die Störung zustande komme.

Dr. Stavenhagen betont die Seltenheit der Erkrankung mit Cysticercen des Auges, er hat nur 2 Fälle gesehen von Cysticercen des Auges.

Dr. v. Krüdener erklärt, dass die Cysticercen-Erkrankung im Gehirn oft ganz symptomenlos verläuft, dass eben daher die Diagnose so selten gestellt werde; so ist von Klein z. B. ein Fall referiert, wo ein 6-jähriger Knabe plötzlich starb, und wo im 4. Ventrikel ein Cysticercus gefunden wurde.

Dr. Zwingmann giebt dem Ausdruck, dass speziell die Augenmuskelerkrankung mit Cysticercus sehr selten sei.

Dr. Krüdener bejaht dies; Im Uebrigen käme die Cysticercen-Erkrankung des Auges gewiss häufiger vor, nur sei die Diagnosenstellung unmöglich, da oft gleich Glaskörpertrübungen eintreten und dann die Untersuchung unmöglich ist. Er hat eben einen Fall bei einem Fleischer in Beobachtung, wo er den Verdacht auf diese Erkrankung habe.

Dr. Voss fragt an, ob eine Wiederherstellung der Sehkraft nach der Operation möglich sei.

Dr. Krüdener: Besser ist es, den Cysticercen totzustechen, dann tritt Resorption ein.

Dr. Voss teilt endlich mit, dass seines Wissens in Deutschland die Cysticercenerkrankung sehr abgenommen habe.

Dr. Zwingmann bestätigt dies, indem nach den Angaben von Hirschberg jetzt 1 Fall auf viele tausend Augenkranke käme, früher dagegen 1 auf 900.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Protokolle des XVII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. Aug. 1905.

I. Sitzung am 10. August 1905.

P. 12. Diskussion über den Vortrag des Herrn Dr. Arronet: «Schlammbäder und Radioaktivität».

1. Prof. K. Dehio fragt, ob neben den chemischen und durch Radioaktivität bedingten Wirkungen des Schlammes nicht auch die physikalischen Eigenschaften des Schlammes, Wärme und spezifisches Gewicht, mehr ausgenützt werden könnten, als es bis jetzt üblich ist, ob z. B. der Schlamm, wenn er durch Zusatz etwa von Lehm dicker und plastischer gemacht wird, nicht in ähnlicher Weise zu Einpackungen benutzt werden könnte, wie es mit dem Fango geschieht. Die lokale und allgemeine Wirkung der Fangoeinpackungen ist jedenfalls eine sehr hochgradige und besteht nach der eigenen Erfahrung des Redners in der Empfindung des Druckes bei gleichzeitiger Wärme auf der Oberfläche des eingepackten Gliedes, sowie in einer allgemeinen, bis zum Schweissausbruch gehenden Erwärmung des ganzen Körpers.

2. Dr. H. Arronet: Schlammpackungen, ähnlich den Fangopackungen, sind wegen des hohen Wassergehaltes des Arensburger Schlammes schwer anwendbar. Auch allgemeine verdünnte Schlammbäder rufen sehr ausgeprägte subjektive Erscheinungen hervor, vorübergehendes und eventuell anhaltendes Wärmegefühl der Haut. Die physikalischen Eigenschaften der Schlammbäder spielen ohne Frage eine bedeutende Rolle; zur Erklärung der spezifischen Wirkung reichen dieselben aber nicht aus.

3. Dr. O. Thilo wendet bei entzündeten Gelenken und Exsudaten in der Unterleibshöhle die Wärme in zweifacher Form an:

1. so heisse Temperaturen, wie sie die Haut verträgt, etwa eine Stunde lang; 2. mittelhohe Temperaturen durch trockene oder feuchte Einpackungen. Er hat hier also nur die physikalische Wirkung, Druck und Wärme verwertet; von Radioaktivität und dergl. kann hier nicht die Rede sein. Thilo hält es für notwendig, dass man bei Beurteilung der Heilwirkung sehr vorsichtig sei. Nur wenn es gelingt, die verschiedenen wirksamen Faktoren getrennt von einander zu beobachten, kann man den Wert der einzelnen Faktoren beurteilen.

4 Dr. A. Baron Sass erwidert auf Prof. Dehios Frage, betreffend die Konsistenz des Schlammes, dass es wohl möglich ist, die Konsistenz durch Wasserentziehung zu verändern, so dass der Schlamm sich zu Einpackungen eignen würde, wenn er auch nicht so plastisch sei wie der Fango.

5. Dr. J. Vierhoff stellt an die Arensburger Kollegen die Frage, wie es sich bei den vom Kollegen Arronet erwähnten Heilungen tuberkulöser Fisteln mit den Rezidiven verhalte. Die oft zauberhafte Heilwirkung der Schlammbäder bei diesen Fisteln hat V. auch gesehen, aber nach einigen Monaten war z. B. in einem, im vorigen Jahre beobachteten, Falle die Fistel wieder da. Was die interessante Frage der Radioaktivität betrifft, so stellt V. sich vor, dass im Radium der in den letzten Dezennien stark in Misskredit geratene «Quellengeist» entdeckt worden ist, so dass man die Bestrebungen, die natürlichen Mineralwässer durch künstliche zu ersetzen, möglichst einschränken sollte.

6. Dr. H. Arronet: Bei einer so eminent chronischen Krankheit wie der Tuberkulose der Knochen und Gelenke können Dauerresultate nur durch jahrelange Behandlung erzielt werden, trotzdem sich die Fisteln rasch schliessen. Ueber die Wirkung der Radioaktivität bei Schlammbädern muss man sich noch sehr vorsichtig äussern, da das Radium noch viel zu wenig bekannt ist, wie ich es ja in meinem Vortrage auch betone.

7. Stadtarzt Meywald: Was die Rezidive bei Fisteln betrifft, so rezidivieren viele nach der Heilung bei jahrelanger Beobachtung nicht, manche bedürfen zur Heilung einer mehrjährigen Schlammbehandlung. Diejenigen Fisteln, welche durch in der Tiefe liegende Knochensequester unterhalten werden, rezidivieren immer.

8. Kreisarzt Carstens: Auf die Frage, ob nach einmal verheilten Fistelgängen und nach dem Gebrauch von Schlammbädern man oft oder selten Rezidive jener Fistelbildungen bemerke, muss ich die Ansicht aussprechen, dass nach einmal eingetretenem Schlusse der Fistel nur nach vorhergegangenen Insulten ein Rezidiv zu befürchten ist, dass also nach der Heilung von Fisteln den Patienten grosse Vorsicht anzuraten ist.

XXXII. Versammlung der Ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg.

Vom 2.—5. August (n. St.) 1905.

Bericht von Dr. A. Lezenius (St. Petersburg).

(cfr. Nr. 40.)

(Schluss.)

2. Sitzung.

Vorsitzender: Greeff (Berlin).

v. Hippel sen.: Weitere Erfahrungen über die Behandlung schwerer Tuberkulose des Auges mit Tuberkulin. T. R. H. berichtet über 14 von ihm behandelte Fälle von schwerer Augentuberkulose, von denen 12 den Uvealtraktus, 2 die Bindehaut betrafen. Von der ersten Gruppe heilten 7 Fälle aus, 4 werden eben noch behandelt, bei einem blieb die Behandlung resultatlos. Von den beiden Bindehautfällen heilte der eine aus, der andere blieb ungebessert. Die Behandlung muss eine sehr lange sein (30—40 Injektionen). Sie ist wärmstens zu empfehlen. Zu warnen ist vor subkonjunktivalen Injektionen, die Verschlimmerung herbeiführen. Zur Sicherung der Diagnose ist vor Beginn der Kur eine Serie von diagnostischen Injektionen von Alt-Tuberkulin zu empfehlen. An der Diskussion beteiligen sich Sattler, Halber, Uhthoff, Czermak, Haab, Purtscher. Alle empfehlen die Tuberkulinbehandlung,

Digitized by Google

doch wenden die einen Alt-Tuberkulin, die anderen Neu-Tuberkulin an.

Grunert: Das einzig wirksame Mittel zur Bekämpfung der Schulmyopie. Am meisten werden die Augen durch die Schule geschädigt, erbliche Disposition spielt eine viel geringere Rolle, als man im allgemeinen annimmt. Deswegen ist der Beginn des Schulunterrichtes auf ein höheres Alter (etwa das 8. Jahr) zu verlegen und in der Schule die Naharbeit bedeutend einzuschränken. Sattler glaubt an den Einfluss der Heredität und empfiehlt Vollkorrektion der Myopie zur Verhütung der Progression der Myopie. Nach Siegrist spielt der Astigmatismus eine sehr bedeutende Rolle, der daher in allen Fällen zu korrigieren ist. Er zwingt zu einer verminderten Arbeitdistanz und wirkt dadurch disponierend.

Straub pflichtet Grunert bei: je höher die Anforderungen in der Schule sind, umsomehr — Myopie; je fleissiger der Schüler ist, um so mehr hat er Chance Myop zu werden. Aber auch Astigmatismus und Hornhautflecke haben Einfluss. Greeff fordert, dass man mehr Aufmerksamkeit auf Beleuchtung, Subsellien etc. wende. Gröscz befürwortet die Hygiene beim Arbeiten im Elternhause.

v. Hippel jr. Ueber angeborenen Zentral- und Schichtstar. H. liess Röntgenstrahlen auf gravide Kaninchen einwirken; von 52 Augen der Neugeborenen waren 34 kataraktös. Purtscher sah Schichtstar einseitig auftreten, eine Erscheinung die auch für die lokale Entstehung spreche.

Schieck: Giebt es wirkliche Leukosarkome des Uvealtraktus? Wenn sich in einem Leukosarkom pigmentierte Spindelzellen finden, so handelt es sich um ein teilweise pigmentfreies Melanosarkom; es giebt pigmentfreie Jugendstadien des Melanosarkoms. So betrachtet sind alle bisher beschriebenen Fälle von Uvealsarkom — Melanosarkome gewesen. Nach Sattler giebt es dennoch pigmentfreie Sarkome der Uvea, nämlich Angiosarkome. Leber unterscheidet in den Uvealsarkomen 2 Arten von Pigmentzellen, nämlich 1) pigmentierte Sarkomzellen und 2) grosse rundliche Pigmentzellen, die in Beziehung zu den Gefässen stehen.

Czermak: Pathol.-anatomischer Befund bei der von E. von Hippel 1903 beschriebenen sehr seltenen Netzhauterkrankung. Die an Erdbeeren erinnernden Gefässknoten zwischen den Netzhautfalten erweisen sich als echte Angiome. Schleich berichtet über einen analogen Fall.

Becker: Vier Wochen anhaltende lebensgefährliche Blutung im Gefolge von Altersstarausziehung. Patient, 70 Jahre, war zu Blutung nicht disponiert: Fehlen von Hämophilie, Herzfehlern etc. Die Blutung, die arterieller Natur war, begann beim Fassen der Iris zur Iridektomie. Eisblase, Secal. corn. Gelatine — ohne Erfolg. Deshalb am 5. Tage Exenteratio bulbi. Nach Entfernung des Tampons am 3. Tage wieder Blutung aus der Art. central. retinae. Verschorfung der Arterien mit dem Thermokauter. Trotzdem stand die Blutung erst 4 Wochen nach der Extraktion, nachdem in den Skleralsack getröpfte Gelatine erstarrt war. Es handelte sich wahrscheinlich um Arteriosklerose der Carotis und ihrer Verzweigungen. Deutschmann hätte lieber enucleiert mit Ligatur des nerv. opt. Fuchs wendet in solchen Fällen, wenn sie suspekt auf Arteriosklerose sind, 2 Mittel an: vor der Operation — Bromkalium, Operieren am sitzenden Patienten.

Darier: Die Anwendung des Radiums in der Augenheilkunde. In 2 Fällen von Cancroid wirkte das Radium schmerzstillend; erregend wirkte es bei frischen Facialislähmungen, traumatischer Sensibilitätslähmung des N. frontalis, Epilepsie. Ein Fall von Flimmerskotom wurde kupiert. Unleugbar ist die Wirkung des R. auf Epitheliom, Lupus, Lymphadenom, Trachom. Uhthoff hat bei Trachom keine Resultate gesehen. Da Gama Pinto sah unter 6 Trachomfällen nur einen Erfolg. Darier gebrauchte für längere Applikation nie reines Radium, sondern schwächer wirkende Präparate.

2. Demonstrationssitzung.

Czermak: Demonstration von Präparaten.

1. Zum Vortrag in der 2. Sitzung.
2. Entropium cicatriceum.
3. Pseudophakia fibrosa. Ausser Seclusio pupillae mit glaukomatöser Excavation findet sich an Stelle der Linse eine bindegewebige, vaskularisierte Scheinlinse. Es handelt sich um kongenitale Missbildung.

v. Hippel jr.: Demonstration von Katarakt durch Röntgenstrahlen.

Rählmann: Amyloid der Konjunktiva.

Fleischer: Demonstration 1) von typischer knötchenförmiger Keratitis. 2) mikroskopische Präparate der Tränendrüse des Rindes: Sekretgranula und Sekretkapillaren.

v. Heuss: Präparate von spontaner Ruptur der hinteren Linsenkapsel bei Glaskörperabszess.

Halber demonstriert einen Differentialrefraktometer zur Bestimmung der Brechungsindices in optisch inhomogenen Medien, speziell in tierischen und menschlichen Linsen.

Siegrist demonstriert Präparate von Rankenneurom der Ciliarnerven bei Hydrophthalmus congenitus.

3. Sitzung.

Vorsitzender: Schleich (Tübingen).

zur Nedden: Ueber Aufhellung von Blei- und Kalktrübungen der Hornhaut.

Die Kalktrübungen enthalten wahrscheinlich Calciumcarbonat, während Calciumalbuminat wegen der geringen Verwandtschaft des Calciums zum Eiweiss nur in äusserst geringer Menge enthalten sein kann. Bleitrübungen aber enthalten Bleicarbonat und anfangs auch viel Bleialbuminat, welches aber mit der Zeit durch die Kohlensäure auch in Carbonat verwandelt wird. Daher müssen die Mittel, die zur Aufhellung von Blei- und Kalktrübungen verwandt werden, sowohl Albuminate, wie Karbonate auflösen können. Das beste Mittel dazu ist Ammonium tartaricum. Bei Bleitrübungen wirkt es aber auch nur dann, wenn die Trübungen noch nicht alt sind, bei Kalktrübungen noch nach Jahren.

Pagenstecher: Ueber die Entstehungsweise der Hornhauttrübungen durch Einwirkung von Aetzkalk. P. ist der Ansicht, dass die porzellanartigen Trübungen durch Kalk im Hornhautgewebe durch Bindung von Kalk mit kollagener Substanz entstehen.

Th. Leber: Untersuchungen über den Stoffwechsel der Kristalllinse. L. untersuchte die stark ausgeprägten selectiven Eigenschaften der Linse gegenüber verschiedenen chemischen Körpern und kommt zum Schluss, dass bei dem Stoffwechsel der Linse einerseits die molekulare Konstitution der aufzunehmenden Substanz, andererseits das Selectionsvermögen der Linse den Grad und die Zeit der Erscheinungen bestimmen. Römer bemerkt dazu, dass bei der Entstehung des Alterstars diese Verhältnisse keine Rolle spielen; dort kommen toxische Wirkungen in Betracht.

Römer und Hess. Ueber elective Funktionen des Pigmentepithels und der Retina. Sie untersuchten, ob bei Vorbehandlung eines Tieres mit perzipierenden Netzhautelementen dieses Tier Antikörper gegen die Stäbchen zu bilden imstande sei; es wurden Aufschwemmungen von Rindsnetzhautstäbchen in den Meerschweinchenorganismus eingebracht worauf sich ergab, dass die Antikörper (Lysin und Agglutinin) auf die Rinderstäbchen schädigend einwirkten.

Th. Leber: Ueber die Filtration aus der vorderen Augenkammer, nach gemeinschaftlich mit Dr. Pilzecker angestellten Untersuchungen. L. und P. untersuchten die verschiedenen Einflüsse, von welchen die normale Filtration des Auges abhängig ist. Versuchsflüssigkeit war 1 pCt. NaCl-Lösung.

1) Die Temperatur der Flüssigkeit ist von erheblichem Einfluss.

2) Die Menge der bei konstantem Druck in das Auge filtrierten Flüssigkeit ist grösser, wenn eine Spannungsabnahme vorhergegangen war, kleiner nach einer Spannungszunahme. Die Versuche werden noch fortgesetzt. Das wichtigste Resultat derselben ist, dass kein festes Verhältnis zwischen Augendruck und Füllungszustand des Augapfels besteht, was sich durch die eigentümliche Art der Elastizität der Augenwandung erklärt. Da diese Elastizität sich mit zunehmender Rigidität der Sklera vermindert, erklärt sich auch die zunehmende Disposition des Alters zu Glaukom.

Römer. Ueber die Aggressine der Pneumokokken in der Pathologie des Ulcus serpens. Die Virulenz der Bakterien beruht zum Teil auf Substanzen, die ihnen die erste Entwickelung im Körper ermöglichen. Man nennt diese Substanzen: Aggressine; sie sind für die Septikämiebakterien und für die Pneumokokken nachgewiesen. Mittels der Aggressine kann man auch aktiv immunisieren.

Diese Immunität ist wirksam gegen alle Pneumokokkenstämme, einerlei, welcher Provenienz. — Mayweg ist mit der Serumtherapie des Ulcus serpens sehr zufrieden und hat bessere Resultate erzielt, als bei der operativen Behandlung. Sattler hat keine Erfolge gesehen.

Ulbrich: Die Tetanusinfektion des Auges.

Injektionen von toxinfreien Kulturen in Vorderkammer und Glaskörper rufen örtliche Entzündung, aber keinen Tetanus hervor.

Da Gama Pinto: Ueber Lidplastik. Vortragender verwendet zur Lidplastik stiellose Lappen aus dem Präputium

Digitized by Google

des Patienten, weil fremde Haut nicht gut anheilt. Wo Präputium nicht zu haben ist, wird Haut aus der Innenfläche des Armes oder Oberschenkels genommen. Es muss absolut trocken operiert werden; dann klebt der Lappen rasch und fest an.

Darier: Demonstration seiner Apparate zur Anwendung von Radium und von Präparaten desselben, die schwächer wirken.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass in der Geschäftssitzung am 4. August die von Graefe-Medaille an Hering (Leipzig) verliehen wurde. In Stichwahl mit ihm hatte Lister gestanden.

Berichtigung.

Im I. Teil dieses Berichts (Nr. 40 S. 427—429) finden sich einige sinnentstellende Druckfehler, die wir hiermit zu korrigieren bitten:

Es soll heissen:

S. 427	Spalte	II	Zeile	11	von	unten:	Heine (Breslau)
» 427	»	II	»	8	»	»	Vorderkammer
» 428	»	I	»	24	»	oben	nur einen Erfolg
» 428	»	I	»	39	»	»	Grade von
» 428	»	I	»	42	»	»	Vornähung
» 428	»	I	»	37	»	unten	Hornhaut
» 428	»	I	»	31	»	»	Bindehautwunde
» 428	»	I	»	30	»	»	Binoculus für 7 Tage
» 428	»	I	»	15	»	»	wegen der
» 428	»	II	»	46	»	oben	Ophthalmoplegie
» 429	»	I	»	45	»	»	Bielschowsky
» 429	»	I	»	66	»	»	Probierbrille
» 429	»	I	»	68	»	»	Schnaudigel.

Wir bitten diese und einige andere Fehler durch die Störungen, welche die Herstellung der Nr. 40 infolge des Setzerstreiks zu erleiden hatte, entschuldigen zu wollen. d. Red.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Minister der Volksaufklärung, Generalleutenant Glasow, ist auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden, unter Belassung beim Kriegsministerium. Zum interimistischen Verweser des Ministeriums der Volksaufklärung ist sein Gehülfe Dr. Lukjanow ernannt worden, mit Belassung in seinem bisherigen Amte.

— Zum Präsidenten des deutschen Reichs-Gesundheitsamts ist, an Stelle des wirklichen Geheimen Oberregierungsrats Dr. med. honor. Köhler, der Geheime Oberregierungsrat Dr. Bumm ernannt worden.

— Dr. Isaak Rosenstein beging am 15. Oktober sein 25-jähriges Jubiläum als Ordinator am Odessaer Stadthospital. Er hat die mediko-chirurgische Akademie i. J. 1878 absolviert.

— Die Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau hat in ihrer Oktobersitzung Dr. S. Prissmann zu ihrem Präses wiedergewählt. Zum Vizepräses ist Dr. Zoepffel neugewählt worden.

— Der ältere Arzt der 18. Flottenequipage, Staatsrat Dr. Alexander v. Bunge, ist zum Flaggmannsdoktor der baltischen Flotte ernannt worden.

— Der Jelisawetpolsche Gouvernementsarzt Dr. Strelnikow ist auf den Posten des Kurskschen Gouvernements-Medizinalinspektors übergeführt worden.

— Der Gehülfe des Oberarztes des Sewastopolschen Marinehospitals Dr. Beresin ist auf Grund des Art. 386 des VIII. Bandes des Marinekodex verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Dem Direktor der Universitäts-Augenklinik zu Königsberg Professor Dr. Kuhnt ist für sein Werk «Ueber die Therapie der Conjunctivitis granulosa» seitens der vom ungarischen Ministerium des Innern zur Begutachtung von Werken und Aufsätzen über die Pathologie und Therapie des Trachoms eingesetzten Jury ein Ehrenpreis von 1000 Kronen zugesprochen worden.

— Prof. Dr. Robert Koch ist am 8./21. Oktober in voller Gesundheit und Frische von seiner Forschungsreise aus Ostafrika nach Berlin zurückgekehrt. Er wird nun für längere Zeit in Berlin bleiben, um das reiche Material, das er über die Erreger des Rückfallsfiebers und der Trypanosomiasis beim Menschen und Vieh in Deutsch-Ostafrika und Britisch-Uganda gesammelt hat, eigenhändig durchzuarbeiten. Koch soll mit den wissenschaftlichen Ergebnissen seiner Reise vollkommen zufrieden sein; er wird sich über seine letzten Beobachtungen und die daraus gewonnenen Erfahrungen zuerst in einem amtlichen Bericht an massgebender Stelle äussern, um dann in Fachzeitschriften für die medizinische Welt ausführlich zu schreiben.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 7. Oktober in St. Petersburg der freipraktizierende Arzt Benjamin (Hersch) Lenz im 45. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene im Jahre 1882 erlangt. 2) In Moskau der Ordinator des St. Olga-Kinberhospitals der Philanthropischen Gesellschaft in Moskau Dr. Nikolai Schulz im Alter von 46 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher seit 1884 in Moskau die ärztliche Praxis ausübte, fungierte auch als Arzt am Sophien-Asyl daselbst. 3) In Wien der freipraktizierende Arzt aus Minsk Dr. Samuel Eliasberg im 55. Lebensjahre nach 22-jähriger ärztlicher Tätigkeit als Chirurg und Laryngologe in seiner Vaterstadt Minsk. 4) Am 28. September der Landschaftsarzt in Kursk Dr. Peter Bulatow im Alter von 34 Jahren. Er hatte seine ärztliche Tätigkeit erst i. J. 1897 begonnen. 5) In Krakau der bekannte polnische Kliniker Prof. Dr. Eduard Korczynski im 62. Lebensjahre. 6) Am 2. November n. St. zu Würzburg der Nestor der deutschen Forscher auf dem Gebiete der Anatomie und Entwickelungsgeschichte Prof. Dr. Albert v. Kölliker im 89. Lebensjahre. In Zürich am 6. Juli 1817 geboren, studierte er in seiner Vaterstadt, dann in Bonn und Berlin Medizin, habilitierte sich 1843 in Zürich und wurde dort vor nunmehr 60 Jahren Professor der Physiologie und vergleichenden Anatomie. Zwei Jahre später folgte er einem Rufe an die Würzburger Universität, an welcher er 50 Jahre in gleicher Eigenschaft wirkte. 1892 feierte er unter der ehrenden Anerkennung der wissenschaftlichen Welt sein 50-jähriges Doktorjubiläum und erst vor einigen Jahren trat er in den Ruhestand. Kölliker gehörte zu den hervorragendsten Biologen der Neuzeit und besass als solcher einen Weltruf. Seine Hauptbedeutung lag auf dem Gebiet der normalen Gewebelehre, welche er mit zahlreichen epochemachenden Einzelheiten bereichert und in seinem weltberühmten bahnbrechenden «Handbuch» (6 Auflagen) in mustergültiger Weise dargestellt hat, so dass das Buch eine Zierde der deutschen med. Literatur bildet und in mehrere andere Sprachen übersetzt ist. Die Zahl der von ihm veröffentlichten Einzeluntersuchungen über mikroskopische Anatomie, Embryologie, vergleichende Anatomie und Zoologie soll die hohe Zahl von 245 erreichen. Man kann ihn als den Begründer der Zellularphysiologie bezeichnen.

Von Universitäten, med. Instituten u. Kongressen.

— Dem stellvertretenden Chef der militär-medizinischen Akademie Prof. Dr. Bechterew ist, wie der «Regierungsanzeiger» mitteilt, eine aus fünf Gliedern bestehende Kommission zur Erledigung der Studentenangelegenheiten beigegeben, in welche von der Konferenz der Akademie die Professoren A. Danilewski, A. Dianin, I. P. Pawlow, G. Rein und S. Schidlowski gewählt worden sind.

— Wie wir in Nr. 38 mitteilten, hat die Konferenz der militär-medizinischen Akademie eine besondere Kommission aus der Zahl der Professoren der Akademie gewählt, welche mit dem Entwurf eines Reformprojekts auf der Basis einer vollkommenen Autonomie betraut wurde. Neuerdings haben nun, dem «Ssyn Otetschestwa» zufolge, die Privatdozenten der Akademie einstimmig beschlossen, bei der Konferenz der Akademie die Hinzuziehung von Deputierten des Privatdozentenverbandes mit Stimmrecht zu den Beratungen über die künftige autonome Akademie zu beantragen.

— An der Würzburger Universität wird eine laryngologische Klinik mit Poliklinik für Halskrankheiten eingerichtet, deren Leitung der Prof. der Laryngologie und Rhinologie Dr. O. Seifert, der bisher über keine Klinik verfügte, übernehmen wird.

— Der Prof. extraord. Dr. Emil Gross ist zum ordentlichen Professor der Augenheilkunde und als

Digitized by Google

solcher zum Nachfolger von Professor Schulek an der Budapester Universität ernannt worden.

— Dr. W. M. Roshanski hat sich als Privatdozent für innere Krankheiten an der Universität Kasan habilitiert. Wenn wir uns nicht irren, war R. bis vor kurzem älterer Arzt am Gouvernements-Landschaftshospital in Ssamara.

— Der Professor der Chirurgie Dr. Garré, der unlängst an Stelle des verstorbenen Professors Mikulicz nach Breslau berufen wurde, hat der «Bresl. Ztg.» zufolge neuerdings einen Ruf an die Universität Heidelberg als Nachfolger Professor Dr. Czerny's erhalten. Man muss daraus schliessen, dass Prof. Czerny, der im nächsten Monat sein 63. Lebensjahr erreicht und bereits fast 40 Jahre die ärztliche Praxis ausübt, in nächster Zeit seine Lehrtätigkeit aufgeben wird.

— Von der Verwaltung der Gesellschaft Russischer Chirurgen (Vorsitzender Prof. F. A. Rein und Sekretär Dr. W. M. Münz) geht uns die Mitteilung zu, dass der VI. Kongress Russischer Chirurgen am 28., 29. und 30. Dezember d. J. in Moskau stattfinden wird.

Als programmässige Verhandlungsgegenstände sind vom vorigen Kongress bestimmt: 1) die Behandlung der nichtkomplizierten Frakturen der Knochen der Extremitäten; 2) Die Exstirpation des Kehlkopfs bei Neubildungen und 3) die Behandlung der eingeklemmten Brüche. Die Berichterstattung über diese Themata haben ad 1 — Prof. Dr. Turner (St. Petersburg), ad 2 — Dr. W. M. Minz (Moskau) und ad 3 — Dr. I. D. Ssarytschew (Moskau) übernommen. Anmeldungen von Vorträgen zum Kongress und Autoreferate sind an den Vorsitzenden der Verwaltung Prof. F. A. Rein (Moskau, Пречистенка, Haus Kalugin) zu adressieren. Die Mitgliedsbeiträge im Betrage von 8 Rbl. jährlich oder 100 Rbl. einmalig, sowie die Zuzahlung von 2 Rbl. für das Journal «Russische Chirurgische Revue» empfängt der Kassierer der Gesellschaft Dr. F. I. Bereskin (Москва, Швивая горка, Яузкая больница).

— Die Kgl. Akademie der Wissenschaften in Berlin hat dem berliner Arzt Dr. Gotthold Mamlock zur Herausgabe der Korrespondenz Friedrichs des Grossen mit Aerzten eine Subsidie von 800 Mark bewilligt.

— Die Verwaltung der Pirogow-Gesellschaft beabsichtigt künftig regelmässig ein Jahrbuch unter dem Titel «Revüen der Tätigkeit der medizinischen Gesellschaften und Aerztekongresse». (Обзоры дѣятельности медицинскихъ Обществъ и Съѣздовъ врачей) herauszugeben, welches die eigenen Berichte der med. Gesellschaft und Gouvernements-Sanitätsorgane über ihre Tätigkeit bringen wird. Der erste Band des Jahrbuches ist bereits druckfertig und wird die Jahresberichte von 21 med. Gesellschaften für die Jahre 1903 und 1904, sowie die Beschlüsse einer grossen Anzahl von Kongressen der Landschaftsärzte enthalten. Die medizinischen Vereine und Gouvernements-Landschaften, welche ihre Jahresberichte in dem Jahrbuche placieren wollen, erhalten gegen einen jährlichen Beitrag von 12 Rbl. zwei Freiexemplare des Jahrbuchs und haben ausserdem das Recht auf eine beliebige Anzahl von Separatabdrücken ihrer Berichte zum Selbstkostenpreise der Redaktion. Adresse der Redaktion des Jahrbuches: Москва, Арбатъ, Денежный переулокъ, д. № 28, кв. 5. (R. Wr.).

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Am 21. Oktober, nach anderthalbjähriger erfolgreicher Tätigkeit auf dem Kriegsschauplatz, ist die Kolonne des Evangelischen Feldlazaretts mit Ueberwindung mancher durch den Eisenbahnerstreik verursachter Hindernisse wohlbehalten fast in ihrem vollen Bestande hier eingetroffen. Am Sonntag d. 23 c. vereinigte ein Festmahl im Deutschen Klub die Mitglieder der Kolonne, die Aerzte, Administratoren, Schwestern und Sanitäre mit den Gliedern des Komité's und einem grossen Kreise von Freunden zu geselligem Beisammensein. Von den Aerzten waren anwesend: der Leiter des Lazaretts Dr. Schiemann, ferner die DDr. Dr. Lange, Kaegeler, Lackschewitz, Hecker. (Dr. Bierich hatte die Kolonne nicht bis hierher begleitet). Auf das vom Vicepräses des Komité's ausgebrachte «Hoch!» auf S. M den Kaiser und die von der Versammlung stehend gesungene Hymne folgte eine schier endlose Reihe ernster und heiterer Reden, in denen Anerkennung des von der Kolonne Geleisteten und Freude des Wiedersehens mit den ohne einen Verlust Zurückgekehrten gleich lebhaften Ausdruck fanden. Nach der Tafel blieb die Gesellschaft noch spät in froh bewegter Stimmung beisammen.

Am Montag d. 24. c. abends fand vor einer gewaltigen Festversammlung die Begrüssungsfeier im grossen Saale der St. Petrischule statt. Nach einer schwungvollen Ansprache Pastor C. Walter's und einem Gesangesvortrag des «St. Petersburger Sängerkreises» dankte der Präsident des Komités S. Exzell. Leibchirurg Dr. Hirsch den Gliedern des Komités und dem Personal des Lazaretts für ihre treue hingebende Mitarbeit. Danach ergriff Dr. Schiemann das Wort, um in längerem Vortrag einen Ueberblick über die Tätigkeit des Lazaretts während der ganzen Kriegszeit zu entwerfen. Mit einem warmen Schlusswort des Geschäftsführers Pastor Gelderblom und dem vom Sängerkreis gesungenen altniederländischen «Gebet nach der Schlacht» schloss die Feier, in allen Beteiligten das Gefühl stolzer Befriedigung hinterlassend ob des glücklichen Abschlusses dieses unter Aufbringung von nahezu einer halben Million Rbl. trefflich organisierten und glänzend durchgeführten patriotischen Werkes der Evangelischen Russlands.

Einige Daten über die Tätigkeit des Lazaretts aus kompetenter Feder hoffen wir bald bringen zu dürfen.

B.

— Der dem Evangelischen Lazarett attachierte deutsche Stabsarzt Dr. Friedrich Schäfer, der schon auf dem Kriegsschauplatze den St. Annenorden III. Klasse mit Schwertern erhielt, ist auf seiner Durchreise durch St. Petersburg noch mit dem Stanislausorden II. Klasse mit Schwertern ausgezeichnet worden.

— Dem Arzt der fliegendenden Kolonne der Kurländischen Abteilung des Roten Kreuzes Dr. Adolf Katterfeld ist für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner der St. Stanislausorden III. Klasse verliehen worden.

— Den Schwestern Jakobsenn und Meltzer sowie dem stud. med. Riesenkampff vom Holländischen Feldlazarett, die bekanntlich nach der Schlacht bei Mukden zur Pflege der ihrer Obhut anvertrauten Verwundeten in Mukden zurückgeblieben waren, ist die goldene Medaille mit der Aufschrift «Für Tapferkeit» zum Tragen am St. Georgs-Bande verliehen worden.

— Einen betrübenden Eindruck macht ein seitens zweier Bevollmächtigten einer Landschafts-Sanitätskolonne und 7 Aerzten an den Chef der Evakuationskommission General F. Trepow gerichtetes Telegramm, das in den «Russk. Wedom.» abgedruckt ist. In diesem Telegramm schildern die Obengenannten den jammervollen Zustand eines 503 kranke Krieger nach Tomsk überführenden Militär-Sanitätszuges, den sie auf der Eisenbahnstation Kljukwennaja in Empfang nahmen. Die Kranken lagen in schmutzigen Waggons auf schmutziger Unterlage, ohne Wäsche, in ihrer eigenen Kleidung. Die Küche bestand aus einem alten Kessel, in welchem nur einmal täglich für den ganzen Zug gekocht wurde. Auf 500 Kranke kam — 1 Arzt, 2 Schwestern und 1 Sanitär auf 2 Waggons. Solch einen Transport hatten sie während des Krieges kaum auf dem Kriegsschauplatze selbst gesehen. Und jetzt mussten sie in einer Entfernung von 1000 Werst vom Kriegsschauplatz dieselbe Unordnung, denselben verhängnissvollen Mangel an Organisation und das Fehlen der primitivsten Erfordernisse eines Sanitätszuges erleben.

Standesangelegenheiten.

— Vom Ministerum der Volksaufklärung ist ein Entwurf zur Organisation der sanitätsärztlichen Aufsicht über die Mittelschulen ausgearbeitet worden, nach welchem die Schulärzte erfreulicher Weise erhebliche Aufbesserung ihres Gehaltes und Erweiterung ihrer Rechte und Befugnisse zu erwarten haben. So soll z B. das Gehalt der Schulärzte seitens der Regierung auf 1200 Rbl. erhöht und das Anrecht auf Pension statt nach 35 schon nach 25 Jahren eintreten etc. Genaueres darüber bringen wir in der nächsten Nummer.

— Im Tschembarschen Kreise (Gouv. Pensa) haben die Landschaftsärzte und das niedere med. Personal erklärt, dass sie nach 6 Wochen den Dienst in der Landschaft aufgeben werden, falls die Landschaft sich nicht zu der von den Aerzten befürworteten Aufbesserung der Lohnverhältnisse der längere Zeit im Dienste stehenden Feldschere versteht.

— Zu der gegenwärtigen freiheitlichen Bewegungen haben auch die Aerzte an vielen Orten des Reiches Stellung genommen. So fand am 16. Oktober in Moskau im Mjassnizki-Krankenhause eine stark besuchte Versammlung von Aerzten statt, die an den dortigen städtischen Krankenhäusern angestellt sind. Es wurden bezüglich der Stellung der Aerzte zu dieser Frage, wie die Moskauer Blätter berichten, folgende Beschlüsse gefasst: Obwohl die Aerzte dem Streik als einem wirksamen und dem am wenigsten blutigen Mittel im Kampfe

Digitized by Google

um Freiheit und Recht voll beistimmen, schliessen sie sich dem Streik doch nicht an, sondern beschliessen, am Platze zu bleiben und ihre Tätigkeit nicht nur in vollem Umfange aufrecht zu erhalten, sondern sie in Erwartung möglicherweise eintretender blutiger Ereignisse, so weit, als angängig, auszudehnen. Um den Streikenden jedoch nach Massgabe der Kräfte beizustehen, spenden die Aerzte 20 pCt. ihrer Gage für einen Streikfond. Zur Realisierung dieser Absichten wird von den Vertretern sämtlicher öffentlichen Krankenhäuser Moskaus ein temporäres Streikkomitee gebildet. An diese Massnahmen knüpfen die Aerzte nur die Bedingungen, dass auch im zentralen Streikkomitee Vertreter der Krankenhäuser Einlass finden und dass die Frage von einer Einstellung der ärztlichen Tätigkeit ausschliesslich von den Entschliessungen der allgemeinen Versammlung der Moskauer städtischen Hospitäler abhängig sei. Die Stadtverwaltung und die administrativen Behörden werden präveniert, dass im Fall irgendwelcher administrativen Repressivmassregeln die Aerzte faktisch gezwungen sein werden, ihre Tätigkeit einzustellen, in diesem Falle jedoch die Verantwortung für ein derartiges Vorgehen ablehnen. — Diese Beschlüsse, die der Stadtverwaltung vorgelegt wurden, sollten an demselben Tage in Kraft treten.

Epidemiologisches.

— Cholera. Von der Allerhöchst eingesetzten Kommission zur Verhütung der Pest und anderer Seuchen wird mitgeteilt, dass im Weichselgebiet vom 8. September bis zum 19. Oktober 216 Personen an der Cholera erkrankten und 101 starben. Die grösste Zahl der Erkrankungen entfiel auf die Stadt Lomsha (65) und den Lomshaschen Kreis (54); es folgten dann die Stadt Lodz mit 37, der Masowezkische Kreis mit 27 und der Ostrolenkasche Kreis mit 13 Erkrankungen. Jedenfalls lässt sich eine allmählige Abnahme der Seuche konstatieren, denn während in der letzten Septemberwoche noch 49 Cholerafälle vorkamen, entfielen auf die Zeit vom 14.—19. Oktober nur noch 13 Fälle.

— In Preussen sind bereits seit längerer Zeit keine Erkrankungen oder Todesfälle an der Cholera amtlich neu gemeldet worden. Es kann daher die Seuche dort als erloschen angesehen werden. Infolgedessen sollen auch die Choleraüberwachungsstationen um Berlin, falls nicht unvorhergesehene Vorkommnisse eintreten, am 2./15. November geschlossen werden. Die Gesamtzahl der Cholerafälle im preussischen Staate betrug bis jetzt 280 Erkrankungen, von denen 89 tödlich verliefen.

— Pest. In der Ansiedelung Dalai-Nor sind in dem Hause, in welchem der am 15. August erkrankte Kosak Koslow am 19. August an der Pest verstarb, sämtliche Miteinwohner des Hauses bis zum 7. September der Seuche erlegen. Am 13. September wurden alle Einwohner der Ansiedlung auf ihren Gesundheitszustand untersucht; nur die Wittwe des verst. Koslow entzog sich der Untersuchung und Quarantäne und war auf die Station Mandschuria und von dort ins Dorf Klitschki gereist. Die Folge davon war, dass einige Tage darauf auf der genannten Station eine Person an der Pest erkrankte und starb und ebenso in Klitschki 2 Personen erkrankten, von denen 1 starb.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das bakteriologische Institut in Marseille hat vom Generalrat des Departements Bouche du Rhône den Auftrag erhalten, sich mit Professor v. Behring (Marburg) in Verbindung zu setzen und den Wert des Behring-'schen Tuberkulosemittels zu prüfen. Dem Leiter des Instituts werden zu diesem Zwecke 2000 Franken zur Verfügung gestellt.

— Die Redaktion der chirurgischen Abteilung der im Vorlage von Breitkopf und Härtel in Leipzig erscheinenden Volkmannschen Sammlung klinischer Vorträge hat, an Stelle des verstorbenen Prof. v. Mikulicz-Radecki, der Direktor der chirurg. Klinik des Charité-Krankenhauses Professor Dr. O. Hildebrand in Berlin übernommen.

— Der Kurort Gries bei Bozen, dieser wärmste klimatische Kurort im deutschen Süden, hat, wie uns von dort mitgeteilt wird, in der am 31. Mai a. c. abgelaufenen Saison die bisher höchste Frequenzziffer mit 3465 Personen erreicht. Von diesen waren 55 pCt. aus dem Deutschen Reiche, 35 pCt. aus Oesterreich-Ungarn und 7 pCt. aus Russland. Der Besuch aus Russland hat sich infolge des langdauernden Krieges gegen die Vorjahre um beinahe 5 pCt. vermindert, während die Prozentzahl der Besucher aus dem deutschen Reiche von Jahr zu Jahr im Steigen begriffen ist.

— Für die Moskauer städtischen Irrenanstalten ist ein neuer Etat ausgearbeitet worden. Die ärztlichen und administrativen Hauptfunktionen sind dem Direktor übertragen und der Inspektorposten ist aufgehoben worden.

— Bei den Moskauer städtischen Irrenanstalten ist eine gegenseitige Hülfsgesellschaft der Angestellten in Bildung begriffen, welche zum Andenken an den im vorigen Jahre verstorbenen Psychiater Dr. Viktor Butzke, Oberarzt des städtischen Alexejewkrankenhauses für Geisteskranke in Moskau, gegründet wird.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Okt. d. J. 10339 (156 mehr als in d. Vorw.), darunter 955 Typhus — (13 mehr). 989 Syphilis — (7 wen.), 327 Scharlach — (29 mehr) 172 Diphtherie — (24 wen.), 70 Masern — (18 mehr) und 10 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 2. bis zum 8. Okt. d. J. im ganzen 681 (384 M., 297 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 30, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 14, Scharlach 20, Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 31, Erysipelas 4, Grippe 8, Katarrhalische Lungenentzündung 78, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 87, Tuberculose anderer Organe 26, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 20, Krankheiten der Verdauungsorgane 48, Totgeborene 38.

Am 15. Okt. d. J. betrug die Zahl der Kranken 10511 (182 mehr als in der Vorwoche.), darunter 957 Typhus — (2 mehr), 978 Syphilis — (11 wen.), 372 Scharlach — (45 mehr), 158 Diphtherie — (14 wen.), 79 Masern — (9 mehr) und 9 Pockenkranke (1 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 9. bis zum 15. Okt. d. J. im ganzen 648 (354 M., 294 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 26, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 15, Scharlach 26, Diphtherie 14, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 4, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 62, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberkulose der Lungen 84, Tuberkulose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 32, Krankheiten des Verdauungskanals 52, Totgeborene 33.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 1. Nov. 1905.

Tagesordnung: Petersen: Ueber Spirochaete pallida bei Syphilis.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 31. Okt. 1905*.

*) Die Sitzung vom 24. Oktober fiel wegen der an demselben Abend stattfindenden Begrüssung des Evangelischen Feldlazaretts aus.

Digitized by Google

Tannalbin (Knoll)
Erprobtes Antidiarrhoicum,
geschmacklos, stört Appetit und Verdauung in keiner Weise; erhältlich in Pulver und Tabletten.

Triferrin (Knoll)
p-Nucleins. Eisen.
Enthält organ. Phosphor, steigert den Haemoglobingehalt d. Blutes u. wird vom schwächsten Magen vertragen.

Literatur und Proben kostenlos!
KNOLL & C° • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Buchhandlung von K. L. Ricker.
St. Petersburg, Newsky Prosp., Nr. 14.
Soeben erschienen:
Dr. E. Moritz.
Ueber Lebensprognosen.
2. Auflage, St. Petersb. 1905. Preis 75 K.
Д-ръ Э. Ф. Морицъ,
Главный врачъ страховыхъ обществъ «Россія» и «1-го Россійскаго 1827 года»
О предсказаніи жизни
2. изданіе, СПБ. 1905 г. цѣна 75 коп.

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»
Pharm. Ross.
in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität

Marke „Pfeilring“.

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft
Charlottenburg.

Rationelle Heilung durch Phosphor
RHOMNOL
(jede Pille enthält 0,05 Gr.).

dessen Hauptbestandtheil reine Nucleinsäure ist, von Dr. Leprince hergestellt.

$$C^{40}, H^{54}, Az^{14}, O^{27}, P^{4}.$$

Erprobt: bei Phosphaturie, Neurasthenie, Rachitis, Blutarmut und Alterschwäche.
Gebrauchsanweisung: 4—10 Pillen während der Mahlzeit.
Dr. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.
Erhältlich in allen besseren Apotheken. (33) 12—11.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства. ✱ ✱

Совершенно не раздражаетъ. ✱ Охотно принимается. ✱ Хорошо усваивается. ✱ Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б.Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать **САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ** во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными подделками.

Digitized by Google

Vereinigte Chininfabriken
ZIMMER & Co
FRANKFURT a/M.

EUCHININ
entbittertes Chinin.

SALOCHININ
Antineuralgicum.

RHEUMATIN
Antirheumaticum.

ARISTOCHIN
Antipyreticum.

CHINAPHENIN
Antipyreticum und Antineuralgicum.

EUNATROL
Cholagogum.

VALIDOL
Analeptic., Antihysteric., Stomachicum.

UROSIN
gegen Gicht und Harnsäure-Diathese.

FORTOIN
Antidiarrhoicum.

DYMAL
Antisept. Wundstreupulv.

LYGOSIN-PRÄPARATE:
LYGOSIN-CHININ Antisepticum.
LYGOSIN-NATRIUM Antigonorrhoicum. (90) 3—1

Proben nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose, chron. Ekzeme.**
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Winterkur für Lungenkranke.

Dr. Brehmer's Heilanstalten in **Görbersdorf Pr.-Schl.**
Mässige Preise. — Chefarzt Dr. v. Hahn.
Prospekte kostenlos durch die Verwaltung.

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nerven-, Morphium-, Alkohol- etc. Kranke
Gegründet 1890 **B.-Baden** Gegründet 1890
Mildeste Form der Morphium-Entziehung ohne Zwang und Qualen unter sofortigem Wegfall der Spritze in 4—6 Wochen.
Prospekte kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen.)
Bes. u. dirig. Arzt Dr. Arthur Meyer. 2 Aerzte.

GRIES bei BOZEN

Mildester klimatischer Kurort im deutschen Süd-Tirol.
Saison vom 1. September bis 1. Juni.
Prospekte durch die Kurdirektion. (109) 6—1.

„CELLATON-WATTE".

Gebrauchsfertiger Wundverband.

Ein neues Verbandmaterial, kombiniert aus hygroskopischer Watte, Lignin und Marli, leicht zu sterilisieren, stäubt nicht.
Zu haben in den Magasinen der Pharmaceut. Hand.-Ges., Herren STOLL & SCHMIDT, I. MARTENS. (108) 1—1.

СПЕЦІАЛЬНОЕ МЫЛО
для ухода за глазами
продается во всѣхъ
Аптекахъ и Аптекарск. магазинахъ
Главный складъ:
С.-ПЕТЕРБУРГЪ, Гороховая, 33.
Торгов. Домъ „**АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ**".
Для Привислянск. и Сѣв.-Западн. Края
ГЕРШОНЪ ЛУРЬИ — ДВИНСКЪ.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY (62) 17—10.

Eigenthum der Französischen Regierung.
BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.
Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.
Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.
Frau Minna Rieser, geb. Franke. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.
J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.
Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 18.

Digitized by Google

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—19.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. **Koeniger.**

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit **dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die** private Krankenpflege (gegen **Zahlung** von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Elise Blau, Лиговская 58, кв. **15.**

Frau **Marie Kubern,** Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. **23.**

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*
Die Wirkung des **„Pertussin“** war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (99) 10—3.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE“

Asterol · *Thigenol* · *Thigenolseife* · *Sulfosotsirup* · *Sirolin*

Digalen

Haltbare Lösung in Originalflac. von 15 ccm. (1 ccm. Lösung = 0,3 mgr. Digitox. sol. Cloetta).

Anwendung: per os, per rectum, subcutan, intravenös und **intramusculär.** KeineCumulativwirkung. KeinLatenzzustand.

Arsylin

Eiweisspräparat.

Enthält Phosphor und Arsen in entgifteter Form.

Thiocol

Guajacolderivat. Antituberkulöse Wirkung experimentell und klinisch festgestellt.

Völlige Löslichkeit, absolute Geruchlosigkeit, gänzliche Reizlosigkeit. grosse Resorbierbarkeit.

Thiocoltabletten 0,5 gr.

Airol

Geruchloser ungiftiger Ersatz des Jodoforms.

Aneson · *Protylin* · *Brom-Protylin* · *Eisen-Protylin* · *pulv. & tabl.*

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^IE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Довв. ценз. Спб., 29 Октября 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY
UNIV. OF MICH.
JAN 8 1906

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 44 u. 45 St. Petersburg, den 12. (25.) November. **1905.**

Inhalt: Prof. Dr. L. Kessler: Einfluss der Operationsdauer auf den postoperativen Verlauf. — Dr. S. Prissmann: Fünfte ärztliche Studienreise. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Tagesnachrichten. — Anzeigen.

Infolge des erneuten Generalstreikes ist die Redaktion wiederum genötigt, die in der vorigen Woche fällige № 44 zugleich mit der heutigen № 45 als Doppelnummer erscheinen zu lasssen.

Einfluss der Operationsdauer auf den postoperativen Verlauf.

(Nach einem auf dem XVI. livländischen Aerztetage in Dorpat 1904 gehaltenen Vortrag.)

Von

Prof. Dr. L. Kessler.

M. H.! Es bietet immer ein gewisses Interesse, wenn wir — auf der Höhe einer grossen Errungenschaft angelangt — gelegentlich einen Rückblick werfen auf den Werdegang, durch welchen in jahre- und jahrzehntelangem Mühen und Ringen unter den mannigfachsten Schwankungen und Wechseln im Widerstreite der Meinungen und Anschauungen endlich das Ziel erreicht worden ist.

Eine der grössten Errungenschaften unserer Zeit ist das moderne chirurgische Operieren; werden durch dasselbe doch alljährlich unzählige Leben gerettet, unzählige Gesundheiten wiedergewonnen, die früher rettungslos verloren gewesen wären.

Die Antisepsis war es, welche die neue Aera auf diesem Gebiet inaugurierte. Sie wissen auch, wie Schritt für Schritt — durch das Kennenlernen der diesem Verfahren anhängenden Schattenseiten — aus ihm die aseptische Methode allmählich sich herauskrystallisierte.

Aber auch bei dieser blieben die Resultate noch sehr hinter den Erwartungen zurück, die man billigerweise und mit Recht an diesen grossen Fortschritt knüpfen zu dürfen sich berechtigt glaubte; immer noch kamen dazwischen Fälle von Infektion vor, die — unerklärlich — auch dieser Vervollkommnung zu spotten schienen.

Während nun diejenigen, welche trotzdem an der Ueberzeugung festhielten, dass auf eine vollkommene Durchführung der Asepsis es doch in allererster Linie ankomme, alle einschlägigen Fragen auf das sorgfältigste studierten und die Anwendung der Resultate dieser Forschungen in praxi nach allen Seiten hin verbesserten, ja raffinierten: nicht nur, dass man mit Gummi- und Dianerhandschuhen, mit Mützen, Bartbinden, Repiratoren und Masken operierte, man machte den Hautschnitt mit einem, die Durchtrennung der tieferen Schichten, um in diese nicht etwa Hautkeime zu verschleppen, mit einem anderen, frischen Skalpell; man konstruierte, um auch die Luftkeime gänzlich auszuschliessen, Operationssäle, welche luftleer gemacht, nur mit filtrierter Luft gespeist wurden etc. etc.

Suchten andere, in der Ueberzeugung, dass man mit der Asepsis bereits an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit angelangt, dass eine weitere Vertiefung derselben nicht mehr möglich, eine weitere Verbesserung der Resultate von ihrer Seite nicht mehr zu hoffen sei, nach anderen Momenten, welche von Einfluss auf den Enderfolg der Operation sein könnten, was etwa an Uebelständen noch ausgeschaltet werden könnte?

In letzterer Beziehung war es namentlich von Frankreich aus, dass immer mehr Stimmen laut wurden, welche die Schädlichkeit langer Operationsdauer auf das nachdrücklichste betonten; man erstrebte Abkürzung derselben nicht nur durch Verschärfung der manuellen Dexterität, man erfand die Klemmen, um, so weit möglich, die zeitraubenden Ligaturen zu ersetzen, und weiter, um die event. nachteiligen Folgen der pinces à demeure zu vermeiden, den Angiothryptor. Am lautesten vielleicht und mit grösster Uebereinstimmung kam diese Strömung zum Ausdruck auf dem internationalen Gynäkol. Kongress in Amsterdam 1899. Die Sache selbst schien ja so klar zu sein, dass sie nur einmal ausgesprochen zu werden brauchte, um Anerkennung zu finden: war es erwiesen — und das war es durch unzählige Experimente und Untersuchungen der verschiedensten Art —, dass auch bei geschicktestem Bemühen einer strengen Durchführung von Anti- und Asepsis ein vollkommen keimfreies Operieren nicht zu erreichen ist, dass während des Operierens die aus den Händen

Digitized by Google

des Operateurs stammenden und sonstige Keime — je länger desto zahlreicher das Operationsterrain besiedeln und dass auch die Instrumente und der übrige Operationsbedarf dabei ihre Sterilität immer mehr einbüssen; war es selbstverständlich, dass je länger die Operation dauerte, desto mehr Gelegenheit auch für anderweitige zufällige Infektion und auch für vielleicht unbemerkt bleibende Verstösse gegen die Asepsis sich bieten musste, — so war ja damit das, worauf der Aseptiker baute und seine Erfolge zu Gründen hoffte — die Asepsis — gänzlich dahin. — Dazu kommen als weitere Schädigungen infolge langer Operationsdauer, dass je länger desto mehr die Wunden, namentlich aber auch das Peritoneum malträtiert werden, ihre Heilungstendenz wird beeinträchtigt, ihre Widerstandsfähigkeit gegen Bakterien, ihr Vermögen, diese zu vernichten und unschädlich zu machen, wird abgeschwächt oder gänzlich aufgehoben. — Es wird aber auch die Widerstandsfähigkeit des Gesamtorganismus des Individuums vermindert: die lange Narkose, die prolongierte Einwirkung des Chloroforms wirkt ungünstig aufs Herz und kann mit dazu beitragen, «une certaine depression nerveuse — le choc opératoire, si vous voulez» [1]) herbeizuführen; und je grösser das Quantum des Narkotikums, desto schlechter auch die Einwirkung auf den Magen: Erbrechen, Appetitlosigkeit, Inanition und dadurch weitere Verschlechterung der Ernährung und des Kräftezustandes; endlich: «der ungünstige Einfluss langdauernden Offenseins der Bauchhöhle aufs Herz (Choc), auf den Darm (Lähmung), auf die Serosaoberfläche (Austrocknung [2]), seröse Ausschwitzung, Nekrose des Epithels)». [3])

Alle diese verhängnisvollen Wirkungen und Ausgänge zu vermeiden, die ganze Operation so zu gestalten, dass die Lebenskräftigkeit des Organismus in keiner Weise alteriert, derselbe vielmehr imstande erhalten wird, die doch unvermeidlich etwa in die Wunden gelangten Mikroorganismen, zu verarbeiten und eine glatte Wundheilung zu leisten, — das ist Sache der ärztlichen Kunst, der Technik. Wo die Aseptik aufhört, da hat also die ärztliche Kunst einzusetzen; das Defizit welches die Asepsis zur Zeit noch aufweist (und vielleicht immer aufweisen wird), deckt die Technik, welche den Operateur in den Stand setzt, die Operation mit derjenigen Sicherheit und Schnelligkeit ablaufen zu lassen, dass die genannten Schädigungen vermieden und die Bedingungen für einen tadellosen Verlauf während und nach der Operation erfüllt werden.

Damit waren Asepsis und Technik zu einem gewissen Grad einander gegenübergestellt — eine Gegenüberstellung, die durchaus als inkorrekt zu bezeichnen wäre, wenn sie im Sinne eines Gegensatzes beider zu einander aufgefasst würde, denn im Grunde genommen ist die Asepsis doch auch nur ein Teil der ärztlichen Kunst oder Technik. Immerhin aber sind in dieser Gegenüberstellung 2 Richtungen charakterisiert, welche bei vielen Operateuren — bei dem einen das eine, beim anderen das andere — als das beherrschende Prinzip seiner Art zu operieren im Vordergrunde stehen.

Es ist gewiss kein Zufall, dass diese starke Betonung der Technik gerade von Frankreich ausgegangen ist: so naturgemäss es uns erscheinen mag, dass der Lebhaftere, Agilere, für den der Franzose uns doch gilt, wie in allen seinen Bewegungen und Manipulationen, so auch beim Operieren rascher verfährt, so ist letzteres doch gewiss nicht bloss Wirkung dieses seines Temperamentes, sondern hat gewiss wesentlich noch einen anderen tieferen Grund: die hervorragenden alten französischen Chirurgen, die den Ruhm der französischen Chirurgie begründet haben, waren alle zugleich ausgezeichnete Anatomen, Anatomen von Fach, Chirurgie und Anatomie waren ihnen unzertrennlich; und diese Tradition hat sich erhalten, sie ist in Frankreich «Schule» geworden.

Gelegentlich eines Aufenthaltes in Paris hatte ich früher schon davon gehört, wie intensiv diejenigen jungen Aerzte, welche die chirurgische Karriere einschlagen wollen, vorher Anatomie treiben müssen; nach dem Amsterdamer Kongress v. 1899 habe ich zur genaueren Orientierung darüber mich mit einer Anfrage an die zuständige Stelle gewandt und darauf vom Dekan der medizinischen Fakultät in Paris ein ausführliches Programm [4]) erhalten, welches diese Frage ganz detailliert dahin regelt, dass 4—10 Jahre der zukünftige Chirurg (und Gynäkologe, denn Chirurgie und Gynäkologie sind in Frankreich nicht in der Weise getrennt, wie in anderen Ländern, sondern vielfach in einer Hand) ausschliesslich Anatomie treiben: Anatomie lernen und studieren und präparieren, dann demonstrieren und dozieren muss, ehe er den ersten Schritt in sein späteres eigentliches Spezialfach tun darf; 4—10 Jahre je nach der

---

[1]) Richelot: Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire. Amsterdam 1899, p. 10.

[2]) Döderlein — Krönlein: Operative Gynäkologie, 1905, p. 51: «Auf jeden Fall muss durch möglichst schnelles Operieren einer unnötigen Austrocknung der parietalen und visceralen Serosa vorgebeugt werden».

[3]) Bumm: Der relative Wert der Antisepsis und der verbesserten Technik für die heutigen Resultate der operativen Gynäkologie. Amsterdam 1899.

[4]) Seines grossen allgemeinen Interesses wegen möchte ich dasselbe hier wenigstens als Anmerkung in extenso mitteilen:

Mr. et très hon. Coll.!

Vous voulez bien me demander quelques indications concernant la préparation des jeunes gens, qui se consacrent à la chirurgie à Paris.

Pendant les deux premières années de scolarité les étudiants en médecine sont astreints aux exercices pratiques de dissection.

Les étudiants d'élite recherchent ordinairement le titre d'interne des hôpitaux de Paris. Les internes sont nommés après concours; le concours comprend une épreuve écrite et des épreuves orales, portants sur l'anatomie et la pathologie, et exige une préparation exclusive d'au moins deux années.

Parmi les internes, des hôpitaux, les uns se consacrent à la médecine, les autres à la chirurgie. Ceux qui veulent se consacrer à la chirurgie, cherchent à devenir aides d'anatomie, puis prosecteurs, soit à la faculté, soit à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Les aides d'anatomie sont nommés au concours pour une période de trois ans. Ils dirigent les élèves dans leurs travaux anatomiques, et font, dans les pavillons de dissection, chacun trois leçons par semaine.

Les prosecteurs sont également nommés au concours et recrutés parmi les aides d'anatomie en exercice. Chaque prosecteur est placé à la tête d'un pavillon, dont il a la direction entière. — Les chefs des pavillons guident les élèves dans leurs travaux. Ils font une demonstration quotidienne d'anatomie d'après un programme donné par le chef des travaux anatomiques.

Les leçons des prosecteurs et d'aides d'anatomie portent:

En première année sur l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, l'angéiologie et les rapports des principaux viscères du thorax et de l'abdomen, et les régions.

En seconde année de dissection, les prosecteurs et les aides d'anatomie peuvent donc s'exercer à l'enseignement; leurs fonctions leur permettent ainsi de préparer avec avantage les concours pour l'agrégation de chirurgie, ainsi que pour les fonctions de chirurgien des hôpitaux.

Presque tous les chirurgiens des hôpitaux sont recrutés parmi les docteurs en médecine, anciens prosecteurs ou anciens aides d'anatomie. Au moment, ou ils se présentent au concours, les candidats comptent au moins dix années d'anatomie.

Veuillez agréer etc.

le Doyen.

Digitized by Google

Stellung, in welche er dann einzutreten wünscht, — mindestens 10 Jahre aber derjenige, der auf die Stellung eines «Chirurgen des hôpitaux de Paris» aspiriert.

Es liegt auf der Hand, wie sehr dies nicht nur die absolute Kenntnis jeglichen Operationsterrains gewähren, die rasche Orientierung auch im pathologisch veränderten erleichtern, sondern auch die manuelle Dexterität beim Uebergang vom toten ans lebende Material und dem entsprechend schneidiges schnelles Vorgehen an diesem gewährleisten muss; keine bessere Vorübung für schnelles und elegantes chirurgisches Operieren als viel anatomisches Präparieren!

Das Hervorragendste, was ich in dieser Beziehung selbst gesehen habe, waren die Vorführungen Doyens auf dem Gynäkologen-Kongress in Amsterdam, zum Teil kinematographisch, zum Teil an der Lebenden (letztere eine Totalexstirpation des myomatösen Uterus); an Schnelligkeit aber noch übertroffen zu werden scheint dies durch den Record Faures in Paris, welcher vor 2 Jahren auf dem Kongress in Rom die Dauer seiner «subtotalen» Uterusexstirpation auf 3—4 Minuten, in einem Fall von «enormem Myom» sogar auf 75 Sekunden angab [5]).

Unter den Deutschen ist Martin seit langem als Schnelloperateur bekannt; aber auch in einzelnen anderen Deutschen (auch Universitäts-) Kliniken werden Minuten und Sekunden der Dauer notiert.

Wie stellen sich nun die Enderfolge, die ja doch bei der Wertabschätzung das Ausschlaggebende sein müssen, bei den Schnelloperationen zu denen der langdauernden?

Zum Vergleich können natürlich nur die Resultate bei einer und derselben Operation herangezogen werden, — am besten einer grossen und schwierigen mit Eröffnung der Bauchhöhle verbundenen, bei der also die Blosslegung des gegen Infektion deutlich und leicht erkennbar reagierenden Peritoneums und die im Vorangehenden genügend gekennzeichneten in die Augen springenden nachteiligen Folgen langer Operationsdauer ein gutes Kriterium abgeben. Dem Gynäkologen liegt als solche am nächsten die schon erwähnte abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus, die ausserdem noch dadurch zum Vergleich besonders qualifiziert erscheint, dass über sie gerade seit einigen Jahren viel verhandelt und auch manches Statistische mitgeteilt worden ist. Aber — sieht man sich dieses alles genauer an, so findet man kaum etwas, was wirklich mit Sicherheit und Notwendigkeit direkt zugunsten ausschliesslich des Schnelloperierens gedeutet werden müsste. Wo bei grösseren Serien die Mortalität unter die durchschnittlich angegebenen 9 pCt. heruntergeht [6]), da spielen immer noch andere Faktoren mit, Verbesserungen der Technik nach anderen Richtungen hin, denen man bei unbefangener Betrachtung nicht umhin kann eine grössere Rolle bei der Aufbesserung der Resultate zuzuschreiben als der Abkürzung der Operationsdauer allein. Es handelt sich also um besser operieren — das ist aber doch etwas ganz anderes als blosses schneller operieren!

Ist also, m. H.! auf diese Weise aus der Statistik in der hier in Rede stehenden Frage eine Entscheidung nicht zu erbringen, so ist letztere doch vielleicht durch eine andere Argumentation zu gewinnen; und dafür möchte ich das mir persönlich bezüglich der genannten Operation zu Gebote stehende Material verwerten. Um Ihnen eine selbstständige Beurteilung desselben zu ermöglichen, erlauben Sie mir, Ihnen das Wesentliche daraus in Form einiger Kranken- und Operationsgeschichten zu unterbreiten.

Fall I) [7]). Frl. S., Gouvernante, 33 J. alt; sonst immer gesund gewesen; vor 4 Jahren hatten sich bei der bis dahin normal gewesenen Menstruation Schmerzen eingestellt und bald darauf hatte Patientin einen etwa hühnereigrossen Tumor im Unterleib bemerkt, der während der folgenden Jahre sich nur wenig vergrössert und keine Beschwerden verursacht habe; vom letzten Winter an, in welchem Patientin einen von den ihr anvertrauten Kindern acquirierten, ausserordentlich schweren Keuchhusten (viel Vomieren dabei) durchmachte, wuchs derselbe rasch; zugleich ging die bis dahin noch eingehaltene normale Form des Uterus allmählig in eine unregelmässig höckerige über, und stellten sich zugleich Kreuzschmerzen, ein besonders lästiges Gefühl beständiger Aufgetriebenheit, Kurzatmigkeit bei schnellerem Gehen und Steigen und ein Gefühl der Arbeitsunfähigkeit und allgemeiner Abgeschlagenheit ein, so dass Patientin, um wieder erwerbsfähig zu werden, schon im Mai c. die Operation wünschte. Die Hoffnung, durch Landaufenthalt und Ruhe bei Verwandten das Allgemeinbefinden und die Stimmung zu bessern, schlug fehl; anfang September obige Beschwerden unvermindert, dazu vermehrte, Patientin auch gesellschaftlich sehr genierende Vorwölbung des Abdomens; Patientin ist beständig nur mit dem Gedanken und Wunsch der Operation zur Befreiung von ihrem Leiden beschäftigt. — Befund: Tumor bis in Nabelhöhe reichend, grossknollig; portio sehr kurz, nur wenig aus der Geschwulstmasse vorragend; der Uterus scheint vollkommen in letztere aufgegangen. Der im Becken liegende Teil des Tumors ist gegen früher sehr in die Breite gewachsen, ein linksseitiger grösserer Knollen desselben weicher als die übrige Masse. Das Hinaufschieben des Tumors aus dem Becken scheint durch einen gegen die Kreuzbeinaushöhlung vorspringenden Teil desselben erschwert, gelingt aber in Narkose.

Patientin erklärt sich mit allen ihr vorgehaltenen Konsequenzen der Operation einverstanden.

Operation am 15. November 1894. Aethernarkose. Beckenhochlagerung. Bauchschnitt von der Symphyse bis 2 cm. über den Nabel. Hervorwälzung des Tumors vor die Bauchdecke; seine linke Hälfte wird durch einen grossen bis in die Cervix hinein reichenden Knollen gebildet, welcher sich fluktuierend anfühlt.

Totalexstirpation: Zuerst wird, unter Hinüberziehen des Tumors nach links, das rechte Ligamentum latum von oben her in eine über die Kante gebogene lange kräftige Dornenklammer [8]) genommen, welche vor dem Schliessen so dicht an

---

[5]) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1902. Nr. 46, p. 1228.

[6]) Nach Döderlein (Oper. Gynäkol.) stellt sich dieselbe aus der Gesamtstatistik «gegenwärtig» (i. e. 1905) auf 8,27 pCt.; aber je weiter zurück, desto höher steigt natürlich diese Ziffer.

Die Leser dieser Zeitschr. werden sich eines in Nr. 18 a. c. derselben enthaltenen Artikels von Dobbert erinnern, in welchem er die Mortalität bei seinen eigenen Fällen mit 16,6 pCt. beziffert, aus einer Zusammenstellung von Fällen v. Hofmeier, Winter, Pfannenstiel, Czempin eine solche von 20,3 pCt. berechnet, ohne anzugeben, aus welchen Jahren diese Serien stammen. Es ist wohl als sicher anzunehmen, dass die von diesen Autoren in den letzten Jahren ausgeführten Totalexstirpationen eine viel geringere Mortalität aufweisen.

[7]) Dieser und der folgende Fall finden sich bereits mitgeteilt in der «St. Petersb. mediz. Wochenschrift» 1895, Nr. 36 in einem Artikel: «Die abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus und deren Vorgeschichte». — Ich gebe dieselben der Vollständigkeit halber hier nochmals, und zwar die Operationsgeschichte von Fall I etwas ausführlicher, um damit zugleich die von mir anfangs befolgte Operationstechnik dem Leser vorzuführen.

[8]) Diese, den Richelot'schen Klammern nachgebildete aber etwas kräftiger gebaute Klammer hat eine Gesammtlänge von 28 cm., wovon 14 cm. auf die Blätter und 14 cm. auf die Griffe. Die Blätter sind über die Kante gebogen (diejenigen des an das rechte Ligament zu legenden nach links, die für das linke Ligament nach rechts concav. Das eine Blatt trägt 1 cm. von der Spitze ab 10 Dorne von 0,5 cm. Länge, welche in entsprechende Löcher im gegenüberliegenden Blatt eingreifen. Beide Blätter sind ausserdem an der Innenfläche gerifft. — Das nicht gedornte Blatt wird unter die hintere Fläche des resp. Ligamentum latum geschoben. Wesentliche Forderung ist, dass — wie meine von H. Haertel in Breslau nach meiner Angabe gefertigten Exemplare dies leisten, — auch die Spitzen beim Schliessen gut halten und nicht nachgeben. — Was diese Klammern einmal gefasst haben, das halten sie auch: ein Ausreissen ist nie vorgekommen.

Digitized by Google

den Tumor herangedrängt wird, dass sie wo möglich noch etwas von der Substanz seiner Kante mitfasst und dadurch noch mehr gegen das Ausreissen gesichert ist. Darauf Abbindung des rechten Lig. lat. ca. 1—1½ lateralwärts von dieser mit gekreuzten Ligaturen von starker Seide; nach jeder Knotung wird das dadurch Versorgte dicht an der Klammer durchschnitten; so bis aufs Scheidengewölbe herab. (Die oberste Ligatur kommt also nur 1—2 cm. vom rechten Fundalwinkel zu liegen, fast die ganze Tube und das Ovarium bleiben der Patientin erhalten). Bei dieser Art des Vorgehens tritt kaum ein Tropfen Blut aus, das Operationsterrain bleibt trocken. — Darauf linkerseits ebenso; eine dabei durch Platzen eines frischen sehr blutreichen Follikels des linken Ovariums entstandene Blutung wird durch isolierte Unterbindung und Abtragung des letzteren am schnellsten beseitigt. Von jetzt ab wird genau nach der von Mackenrodt, Zeitschrift für Gyn. u. Geb. Band 21. p. 228 ff., gegebenen Anleitung verfahren: «Füllung der Blase, um ihre Conturen deutlich zu markieren, mit ½ Ltr. Borlösung; darauf quere Spaltung des Peritoneums im Verlauf der tiefsten Einsenkung der Excavatio vesico-uterina ca. 2 Fingerbreit; stumpfe Ablösung der Blase bis aufs Scheidengewölbe hinab; Eröffnung des Scheidengewölbes durch einen 2 Finger breiten queren Schnitt mit dem Messer von oben (von der Bauchhöhle) her. Unter Leitung des durch diese Oeffnung in die vagina eingeführten linken Zeigefingers werden dann sofort 2 quere Suturen gelegt, welche von dem Peritoneum der Blase durch die Ablösungswunde derselben, durch die Scheidenwand, von der letzteren durch die Ablösungswunde, durch das Peritoneum der Blase geführt und auf dem Peritoneum geknotet werden. (Ein- und Ausstich auf dem Periton. der Blase ebenso wie in der Scheidenwand je ca. 1½ cm. von einander entfernt). Durch diese 2 queren Suturen wird die Blasenablösungswunde versorgt und zugleich das Periton. der Blase mit dem vorderen Scheidengewölbe vereinigt. — Entleerung der Blase. — In derselben Weise angelegte (jederseits 3) Suturen binden dann das rechte und linke Scheidengewölbe an das darüber liegende Peritoneum; da dieselben die Uterinae mitfassen, so kann darnach das Collum im Bereich der Unterbindungen ohne Blutung aus dem Scheidengewölbe herauspräpariert werden. — Der dadurch ausserordentlich beweglich gewordene, nur noch an seinen hinteren Verbindungen hängende Tumor wird nun nach vorn über die Symphyse gezogen und das dabei vortrefflich sich anspannende hintere Scheidengewölbe durch vier weitere quere Suturen unterbunden und dann durchtrennt. Damit ist die Auslösung des Ut. vollendet.

Darauf werden sämtliche Ligaturen in eine per vagin. hinaufgeführte Kornzange gefasst und durch Zurückziehen dieses Instrumentes durch die Vagina nach aussen geleitet. Dadurch kommen sämmtliche Ligaturen in die Vagina, also extraperitoneal zu liegen, und werden auch die Peritoneal- und Scheidenwundränder in die Vag. hineingestülpt; beim Anziehen der Fäden legt sich das Periton. des Beckenbodens dicht um die Stümpfe oberhalb der Ligaturen derselben an und wird nun, nachdem, — nach Durchbohrung des Douglas, nach der Vagina hin — in diese Oeffnung ein vom Douglas in die Vagina abführendes Drainrohr eingelegt ist, über diesen (scil. Stümpfen) das Peritoneum der Blase mit dem des Douglas durch fortlaufenden Catguttaden vernäht. — Am Schluss der Operation sieht man weiter nichts als eine quer über den Beckenboden verlaufende Catgutnaht — als einzige Spur des stattgehabten grossen Eingriffs». — Schliessung der Bauchwunde in 3 Etagen (Periton. und Fascie mit Seide, Haut mit Silkwormgut); — Jodoformgazestreifen, darüber sterile Marlytupfer, dann reichlich sterile Watte, welche als Polsterung ringsum in breiten dicken Lagen auch unter dem Rücken zu liegen kommt, darüber ein fester dicker Wickelverband von reichlich handbreiten Parchentbinden (mit einigen ihn nach unten befestigenden Schenkeltouren).

Rekonvaleszenz ungestört, nur am 9. Tag eine Temperatursteigerung auf 38,0, welche aber nach einem Lavement sofort auf 36,7 abfällt. Erster Verbandwechsel und Entfernung der Bauchnähte am 13., aufgestanden am 22. Tag; 6 Wochen post op. stellte Patientin sich wieder vor und wurden die Stumpfligaturen aus dem Scheidengrund entfernt. Mässige Schmerzen in der linken Seite entsprechen genau der Ovarialstumpfstelle, — schwinden nach entsprechender Behandlung mit Jod, Priessnitz etc. Darnach vollkommenes, durch mehrere Jahre kontrolliertes Wohlbefinden.

Wer diese Operation genau nach den Angaben Mackenrodt's ausgeführt hat, wird ihm zustimmen, auch wenn er selbst sie als «nicht ganz einfach» bezeichnet; der schwierige Teil ist die Anlegung der «queren» Suturen, welche Scheidengewölbe und Peritoneum rings um die Cervix zusammennähen. So exakt und sicher — namentlich quoad Blutverlust, Trocken- und Reinhaltung des Operationsterrains und gegen Nachblutung — dieses Verfahren ist, so schien doch der Nachteil der damit verbundenen zu erheblichen Verlängerung der Operationsdauer Vereinfachungen wünschenswert zu machen, die ich bei späteren Operationen in Anwendung gebracht habe und bei diesen gelegentlich erwähnen werde.

Beibehalten habe ich für alle ferneren Fälle die Abbindung der Ligamente mit gekreuzten Ligaturen; die grössere Umständlichkeit ihrer Anlegung belohnt sich reichlich durch die Sicherheit, mit welcher — da auch nicht der kleinste Teil des Ligaments ununterbunden bleibt — nicht nur während der Operation jede Blutung vermieden wird, sondern namentlich auch jeder Nachblutung, dem «Nachsickern» vorgebeugt wird; beibehalten habe ich ferner die prinzipielle Zurücklassung der Ovarien; auch die oberste der Ligamentligaturen bekommt bei dem oben angegebenen Verfahren einen so langen Stiel, dass sie meist ohne Spannung in die Scheide sich hineinziehen lässt; — auch wird die spätere Ernährung der Ovarien dabei wahrscheinlich weniger beeinträchtigt als bei manchen anderen Methoden; beibehalten habe ich endlich auch meine Dornenklemmen, welche sicherer und mit weniger Zeitverlust die rückläufige Blutung aus dem Uterus verhindern, als — wie ich das anderweitig gesehen — an jedes einzelne Gefäss gelegte kleine Klemmen od. Ligaturen.

Fall II. M. J., kleine decrepide Jüdin, 45 J., seit ca. 25 J. steril verheiratet, von ihrem Arzt aus Litauen zur Operation hergeschickt. Menses vom 14. Lebensjahr an 5—7-tägig in vierwöchentlichem Typus, in späteren Jahren ganz unregelmässig und sehr stark; nach einjähriger Menopause sind in letzter Zeit wieder atypische Blutungen aufgetreten.

Es bestehen Harnbeschwerden, welche weder durch innere Mittel, noch auch durch hier in Dorpat von anderer Seite vorgenommene Blasenspülungen haben beseitigt werden können. Urin klar, Eiweiss frei. — Vor 6 Jahren hat Patientin eine kleine Geschwulst im Unterleibe bemerkt, die erst in letzter Zeit sich rasch vergrössert habe; — dieselbe ragt jetzt bis etwas unterhalb des Nabels, ist unregelmässig knollig beweglich; ein kleiner Knollen prominiert aus der vorderen Fläche stark gegen die Mitte der hinteren Wand der Blase. Portio etwas verdickt sehr kurz. Uterus scheint in die Geschwulst eingebettet.

Operation 31. October 1894 in derselben Weise wie im Fall I; dabei findet sich rechterseits eine wallnussgrosse Parovarialzyste, deren Entfernung durch Mitwegnahme des Ovariums erleichtert wird; das linke Ovar. wird belassen. — Rekonvaleszenz ungestört, entlassen am 27. Tage post op.

Tumor: Beim Aufschneiden dieses Uterus findet man die Innenflächen der vorderen und hinteren Wand des corpus uteri fest miteinander verklebt in derjenigen Ausdehnung, in welcher ein gegen die Corpushöhle hin prominierendes interstitielles wallnussgrosses Myom der hinteren Wand diese gegen die vordere Wand vorgebaucht und angedrückt hat. Mikroskopische Schnitte zeigen, dass die Schleimhaut der hinteren Wand über diesem Myom vollkommen atrophiert, auf eine ganz dünne Schicht Bindegewebe reduziert ist, von Epithel sowohl als von Drüsen keine Spur mehr vorhanden; auch an der gegenüberliegenden Fläche der vorderen Wand fehlt das Epithel, die Schleimhaut ist viel dünner als normal, resp. als an den von der Veränderung nicht betroffenen Partien der Uterushöhle; die Drüsen sehr kurz, wie plattgedrückt. In der Umgebung der dem Drucke ausgesetzt gewesenen Zone findet sich reichliche kleinzellige Infiltration.

Von bösartiger Degeneration, an welche man wegen der nach einjähriger Menopause wieder eingetretenen atypischen Blutungen denken musste, ist in der Gebärmutterhöhle weder makroskopisch noch auch mikroskopisch irgend etwas zu entdecken.

Fall III. Frau Ros. K., 46 J., Frau eines Trinkers, die die ganze Familie zu ernähren hat; 8 Kinder, 4 Aborte; seit vielen Jahren wegen heftiger, mit starken Schmerzen verbundener Menorrhagien anderweitig vielfach behandelt; Jan. 1891 Hämatocele retrouterina — vollständige Ausheilung. Uterus kaum vergrössert. — Frühjahr 1893 wegen gesteigerter Blutungen Curettement des kinderfaustgrossen Uterus, Nachbehandlung mit Jodeinspritzungen; Blutungen darnach etwas geringer, es stellt sich aber wässrig-schleimiger Ausfluss ein, welcher besonders die ersten 2 Wochen post menses sehr reichlich und quälend ist. Jan. 1894 Unterbindung der Uterinae nach Gottschalk-Küstner; Besserung sehr gering. — 1895 im Frühjahr klagt Patientin über Abmagerung und Abnahme der Kräfte; namentlich nach jeder der profusen, mit Gerinseln verlaufenden Menstruationen und dem folgenden, 2 Wochen andauernden, die Wäsche beständig nass haltenden wässerigen Ausfluss ist sie äusserst gequält, geschwächt und arbeitsunfähig; nach jeder Periode 4 Tage lang «wahnsinnige» Kopfschmerzen. — Der Uterus hat sich in letzter Zeit rasch vergrössert, Tumor über Kindskopfgross, derb. Patientin sehr

Digitized by Google

nervös. — Abdominale Totalexstirpation 22. April 1895; Ausführung im wesentlichen ebenso wie Fall I. — 5 Stunden nach der Operation bedrohlicher Aether (?) — Collaps, durch Wärmezufuhr und Kampher beseitigt. Vom 4.—6. Tag steigt die Temperatur allmählig bis auf 38,8 — fällt am 7. und 8. Tag etwas, um am 9 Tag wieder 38,8 zu erreichen: Stichkanaleiterung in den Bauchdecken; nach Entfernung der resp. Nähte sofortiger Temperaturabfall, am 11. Tag 36,7. Von da ab ungestörte Rekonvaleszenz. Vollkommene Genesung und Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Fall IV. Kaddri Paun, 50-jährige Estin – abgemagert, hochgradig anämisch, blutet seit 3 Jahren, die letzten 2 Jahre ununterbrochen; am Tage vor der Operation ein heftiger Blutsturz, während dessen sie ohnmächtig auf der Diele liegend gefunden wird.

Uterustumor bis 2 Fingerbreit unter dem Nabel, sehr breit. Totalexstirpation 15. Januar 1895, im wesentlichen wie in den vorhergehenden Fällen; beim Schluss der Bauchwunde ein das auffallend klaffende Trigonum Retzii durch den unteren Wundwinkel nach aussen drainierender Mikulicz.

Temperaturen: 15. Februar abends 38,4
» 16. » 37,2 » 37,5
» 17. » 36,9 » 37,4; von da ab schwanken sie zwischen 36,5—37,2. — Am 2. Tag 2 spontane reichliche Stuhlentleerungen. Am selben Tag sich einstellende und allmählig steigernde Blasenbeschwerden erfordern Blasenspülungen. Am 3. Tag Schmerzen im Epigastrium, bei ganz eingesunkenem, weichem und in der unteren Hälfte vollkommen unempfindlichem Abdomen; am 4. Tag wiederholtes Erbrechen kaffeesatzähnlicher Massen. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Magengeschwür. — Das Erbrechen wiederholt sich nach kürzeren oder längeren, bisweilen tagelangen Pausen; die vorher schon so geringen Kräfte werden dadurch aufs äusserste reduziert. Bei den bisweilen sehr heftigen Brech- und Würgbewegungen findet unwillkürliche Harnentleerung statt, eine an der hinteren Kommissur während der Operation entstandene kleine Schleimhautverletzung, die nicht weiter beachtet worden war, bekommt durch die häufige Blutung mit dem cystischen Urin einen schmutzigen Belag, reinigt sich aber bei Behandlung mit Jodtct. sehr bald wieder. Der Appetit fehlt ganz, Patientin nimmt nur widerwillig Milch, Bouillon mit Ei und dgl., die aber dazwischen gut vertragen werden; auch Nährklystiere können den fortschreitenden Verfall nicht aufhalten und Patientin erliegt am 17. Tag post oper. nach wiederholtem Blutbrechen.

Sektion (nur der Bauchhöhle gestattet): Peritoneum viscerale und parietale spiegelnd; leichte Verklebung eines kleinen Netzteiles mit dem unteren Teil der Laparotomiewunde; Verklebung des absteigenden Flexurschenkels mit der Peritonealfläche, die dem Retzius'schen Raum zugekehrt war. Geringe Bauchdeckenphlegmone (Infiltration), aufsteigend unter dem Laparotomieschnitt bis ca. in dessen Mitte. Eitrige Cystitis. — Dilatatio ventriculi — Gastritis chronica. Verbackung des Pankreaskopfes mit dem Duodenum; im Bereich dieser Verwachsung ein etwa 2 Kopekenstück (= 2,5 cm. Durchmesser) grosses perforiertes Ulcus, welches, in das Pankreas durchgebrochen, hierselbst eine Höhle mit schmutzig eitrigen Belägen gebildet hatte [9]). Endokarditis fibrosa chronica; Myokarditis parenchymatosa [10]).

Epikrise. Die im Sektionsprotokoll angegebenen leichten und so wenig umfänglichen Verklebungen eines kleinen Netz- und Dickdarmteiles mit einem Teil der Bauchnarbe sind ein nach Laparotomien bekanntlich nicht seltenes und das Leben (ja häufig auch die Gesundheit) in keiner Weise gefährdender Befund. Ebenso wenig kann dafür die «geringe» Bauchdeckenphlegmone (resp. Infiltration — denn nur um eine solche, nicht um eine Eiterung oder Abscedierung handelte es sich) oder die Cystitis verantwortlich gemacht werden. Die Todesursache war vielmehr die Erkrankung des Pankreas und des Duodenums. Wenn damals im Sektionsprotokoll letztere als die primäre, erstere als die sekundäre angenommen worden ist, so ist diese Auffassung nicht mehr haltbar, seit Truhart in seiner grossen Arbeit über Pankreaspathologie [11]) den Nachweis erbracht hat, dass in solchen Fällen — er stellt deren 20 aus der Literatur in einer Tabelle (p. 44) zusammen — immer das primäre die Nekrose des Pankreas ist, von welcher aus zunächst die Blutung und die Höhlenbildung in diesem und dann die tryptische Arrosion des Duodenum (resp. des mit dem Pankreas verbackenen Darmteiles) von aussen nach innen, von der Serosa nach der Schleimhaut zu sich vollzieht. — War die Degeneration des Pankreas erst einmal so weit vorgeschritten, so war, zumal bei der Komplikation mit der schweren Herzaffektion, der Exitus letalis unvermeidlich. Dieser wäre auch ohne die vorgenommene Operation ebenso sicher eingetreten; er ist in bezug auf letztere ein Accidens und belastet also die Operationsstatistik nicht.

(Schluss folgt).

---

[9]) Erst nachdem dem Mann der Verstorbenen dieser Befund mitgeteilt worden war, macht derselbe die Angabe, dass seine Frau auch zu Hause schon mehrmals Blut erbrochen habe, dass sie aber dieser im Vergleich zu den profusen Genitalblutungen nach ihrer Meinung nebensächlichen Erscheinung kein weiteres Gewicht beigelegt und desswegen auch sie verschwiegen hätte.

[10]) Würde sich wohl bei mikroskop. Untersuchung, die leider nicht gemacht worden ist, als Myofibrosis cordis herausgestellt haben — cf. Kessler, Myom und Herz — Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1902. Band 47. Heft 1.

[11]) Truhart, H.: Pankreas-Pathologie. Teil I. Multiple abdominale Fettgewebsnekrose. (Wiesbaden. Bergmann 1902).

Fünfte ärztliche Studienreise.

(Nach einem Bericht, erstattet in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.)

Von

Dr. S. Prissmann — Libau.

Es war ein überaus glücklicher Gedanke, nach französischem Muster auch in Deutschland Studienreisen zu organisieren, an denen sich auch nichtdeutsche Aerzte nach Belieben beteiligen können. Die Teilnehmerzahl nimmt von Jahr zu Jahr zu und erreichte auf der letzten Tour eine Ziffer, die unter keinen Umständen überschritten werden sollte, — waren wir doch unser reichlich 300! Den grössten Prozentsatz wiesen natürlich Deutschland und Oesterreich-Ungarn auf, aber auch Russland, Skandinavien, Holland, Rumänien, die Schweiz und andere Länder waren vertreten. Dreihundert zum Teil in ihren Ansprüchen sehr verwöhnte Aerzte in einem kleinen Kurort «standesgemäss» unterzubringen, zu verpflegen und was dergleichen Dinge mehr sind, ist wirklich keine Kleinigkeit. Wären nicht solch' bewährte und opferwillige Organisatoren an der Spitze, wie Prof. Ott-Prag, Dr. Gilbert-Baden-Baden und Dr. Oliven-Steglitz-Berlin, die mehr als ein halbes Jahr an den Reisevorbereitungen unermüdlich gearbeitet und für alles, aber auch wirklich für alles gesorgt hätten, dann wäre das Unglaubliche nicht zur Tatsache geworden. Die Herren verdienen volle Anerkennung und allseitigen Dank. Während auf den ersten vier Reisen die Nordseebäder, Sachsen und Böhmen, die Bäder des Rheinlandes und die schlesischen Bäder besucht wurden, galt es diesmal das Salzkammergut und Tirol ärztlich eingehend zu sondieren; wie überall, sollten auch hier aus eigener Anschauung die Trink- und Badequellen und die klimatischen Verhältnisse studiert werden, um später auch dieses praktische Wissen zum Wohle der Menschheit zu verwerten.

Ausgangspunkt der diesjährigen Studienreise war das gemütliche, an Bierquellen so überaus reiche München, in dem der erste noch nicht offizielle Tag (9. Sept.) in jeder Beziehung nach Gebühr ausgenützt wurde. Das lokale Komitee für ärztliches Fortbildungswesen veranstaltete Besichtigungen des schönen Stadtkrankenhauses, der mustergültigen Kreisirrenanstalt und der psychiatrischen Klinik, in denen physikalisch-therapeutische und sonstige Einrichtungen demonstriert wurden. Auch das Müller'sche Volksbad mit dem Hundebad, sowie das im Isartal bei Ebenhausen-München gelegene, mit modernen Einrichtungen versehene und komfortabel eingerichtete Sanatorium (Luft- und Sonnenbäder) wurde einer eingehenden Besichtigung unterzogen. Abends fand offizielle Begrüssung und gesellige Zusammenkunft im Hackerbräukeller statt, wobei unter anderm ein sangeskundiger Kollege aus Petersburg die Aerztewelt mit Vorträgen erfreute. Am nächsten Morgen führte uns ein Sonderzug nach dem herrlich rings von Bergen umgebenen, am Traunsee gelegenen Luftkurort Gmunden. Nach Bewillkommung von staatlicher und städtischer Seite sprach Dr. Wolfsgruber über «die historische Entwickelung Gmundens zum Kurorte». Dann ging es per Dampfer über den entzückenden Traunsee nach Ebensee und von hier per Bahn nach Ischl. In seinem Vortrage «Ischls Salz-Schwefelschlammbäder und ihre Anwen-

Digitized by Google

dung» führte Dr. M. Mayer aus, dass nach seiner langjährigen Erfahrung die genannten Bäder sich besonders bei Gicht, aber auch bei hereditärer und Spätsyphilis bestens bewährt haben. Weiter äusserte sich Dr. E. Prochaska «Ueber die Bedeutung des Kurortes Ischl und die Dauerbehandlung der Skrophulose im Kaiser Franz Joseph-Kinderhospiz in Sulzbach bei Ischl». Vortragender wies darauf hin, dass es gelungen sei, 60—70 pCt. schwerster Skrophulose zur vollständigen Heilung zu bringen, ein gewiss sehr beachtenswerter Erfolg. Nach einer Besichtigung der Kuranstalten und einem Rundgang durch den entzückend gelegenen Ort wurde ein Ausflug nach Aussee unternommen, wo Dr. Schreiber in einem Vortrage über «Aussee als Solbad und klimatischer Kurort» sprach. Dieser Ausflug war einer der gelungensten der ganzen Reise. Herzlichkeit der Bevölkerung und wunderbare Natur, unterstützt vom herrlichsten Wetter, wetteiferten miteinander. Weitere Ausflüge nach Alt-Aussee und dem Grundelsee trugen noch das ihrige bei, um die Stimmung der Reisegesellschaft auf den Höhepunkt zu bringen.

Nach Uebernachtung in Ischl ging es wieder in die Natur hinaus: Schafbergspitze (gegen 2000 Meter hoch), St. Wolfgangsee, Besuch des durch Oskar Blumenthal zur literärischen Berühmtheit gewordenen Gasthofes «Zum weissen Rössl», Salzburg und Reichenhall, wo die Gesellschaft bei feierlichem Empfange am Abend des 12. Sept. eintraf. Was Aussee für das Vergnügen, das war Reichenhall für die Wissenschaft: in gedrängter, übersichtlicher Form lernte man hier verschiedene wissenschaftlich-technische Einrichtungen kennen, welche die meisten von uns nur vom Hörensagen oder aus den Büchern kannten. In seinem interessanten Vortrage «Einiges über die Indikationen und Kurmittel Reichenhalls» führte Dr. Schmid sen. aus, dass Reichenhall durch sein Klima, seine Solbäder und die ungewöhnliche Naturschönheit zur günstigen Beeinflussung einer ganzen Reihe von Krankheiten geeignet sei. Es kämen in erster Reihe die Tuberkulose und die Katarrhe der Luftwege in Frage, aber auch gynäkologische Erkrankungen werden schon der Solbäder wegen in Reichenhall mit bestem Erfolg behandelt. Ein Spezifikum von Reichenhall seien die bis zur Grenze der Leistungsfähigkeit gebrachten Inhalatorien.

Prof. Cornet sprach «Ueber die pneumatischen Kammern». Auf die vom Vortragenden detailliert wiedergegebene Anwendungsweise kann hier nicht näher eingegangen werden. Von den aufgezählten Indikationen nenne ich: Asthma bronchiale, Katarrhe der Luftwege, Anämie, Chlorose, Ohreneiterung, Hämorrhoiden und pleuritische Exsudate. Es genügen 20—30 tägliche Sitzungen von 1—2-stündiger Dauer. Als Kontraindikationen gelten: Herzfehler, Arteriosklerose, Lungenphthise und Fiebererkrankungen. Nach den Vorträgen folgten die Besichtigungen der Kuranstalten, unter denen zweifellos das meiste Interesse die pneumatischen Kammern und die Inhalatorien beanspruchten.

Auch die kgl. Saline, die schönste der Welt, beansprucht grösseres Interesse. Sie besteht aus dem Hauptbrunnenhaus, dem Quellenbau, den Solereservoirgebäuden und den Sudhäusern. Im Quellenbau befinden sich unterirdisch die dortselbst entspringenden 3. Süsswasser- und 48. Solequellen. Die 2. stärksten Quellen (23—24 pCt.) werden zur Salzgewinnung verwendet, die andern meist zu Inhalationszwecken für die Kurgäste zerstäubt (Gradierhaus, Solefontäne).

Unbedingt erwähnenswert ist auch das elegant und nach allen Anforderungen der Hygiene ausgestattete (Spuknäpfe mit permanenter Wasserspülung) Kurhaus, in welchem das Badekommissariat im Auftrage der kgl. Regierung den Teilnehmern ein opulentes Diner gab. Originell war das in lateinischer Sprache in Form eines Rezeptes abgefasste Menu.

Von Reichenhall ging es über Berchtesgaden nach dem Dürrnberg, wo das unterirdische Salzbergwerk besucht wurde und dann weiter über Hallein nach Zell am See (prächtige Illumination des Sees und der umgebenden Berge). Es folgten: Besuch der Schmittenhöhe, wohin bloss die Aussichtsjäger hinaufkraxelten, und des Kaprunertals. In Innsbruck fand im Hörsaale der neuen Institute offizielle Begrüssung statt, worauf Prof. Ott «Einiges über Klima» und Prof. Nevinny über «das Badewesen Tirols und die Heilquellen dieses Landes, insbesondere das Brennerbad» sprachen. Ersterer entwarf in kurzen Umrissen die Grundzüge der modernen klimatischen Heilkunde mit spezieller Berücksichtigung der tiroler Kurorte, letzterer liess sich mehr über die Entwickelung des tiroler Badewesens in historischer Beziehung aus. Nachträglich wurden die Institute und die Stadt besichtigt: das Museum, die altberühmte Hofkirche und der Berg Isel. Innsbruck, wie überhaupt die tiroler Kurorte erstreben mit allen Kräften als Winterstationen anerkannt zu werden. Für sich haben sie das sonnige Höhenklima und verhältnissmässig milde, gleichmässige Temperatur. Einen eigentlichen Erholungstag gab es erst in Gossensass, von wo aus u. a. auch die eine Stunde entfernte, höchstgelegene Stadt Europas Sterzing besucht wurde. Nach 4stündiger Bahnfahrt langten wir am 19. Sept. in Levico an, wo wir ausser der obligatorischen Musik noch mit einem Blumenregen empfangen wurden. Nach Durchschreitung des schmutzigen, kleinen Ortes und einem opulenten Gabelfrühstück im alten Kurhause wurde eine wissenschaftliche Sitzung abgehalten, auf der Dr. Liermberger über «Levico-Vetriolo und seine Kuren» und Dr. Gazzoletti über «die Pellagra und ihre Behandlung in Levico-Vetriolo» sprachen. Die Levicoquellen befinden sich nicht in Levico selbst, sondern in dem gegen 1000 Meter höher gelegenen Vetriolo, von wo aus das Wasser durch Holzröhren nach Levico geleitet wird. Der Wasserversand liegt in den Händen der privaten Levico-Vetriolo-Heilquellen-Gesellschaft, die ziemlich primitiven Badeeinrichtungen sind gleichfalls verpachtet. Von den durchschnittlich 3000 Badegästen jährlich sind reichlich 2000 Bauern der Umgegend, unter ihnen meist Pellagrakranke, die hier fast mit Sicherheit Heilung finden. Bei Psoriasis, chronischem Ekzem, Prurigo und andern Dermatosen sollen sich die Bäder, verbunden mit Trinkkuren, vielfach bestens bewähren. Geradezu spezifisch soll die Levicoquelle den Fluor albus beeinflussen und zwar in Form von Vaginalausspülungen.

In Roncegno, das einen bei weitem günstigeren Eindruck als Levico macht, auch viel schöner gelegen ist, sprach Prof. Viola über «Roncegno, dessen Klima, Heilwasser und Kuren». Die Indikationen decken sich im ganzen mit denen von Levico.

In dem mit tropischer Vegetation gesegneten Arco führte Dr. Bresciani die günstigen «klimatischen Verhältnisse Arcos» an und empfahl diesen im Aufschwung begriffenen Ort aufs angelegentlichste als klimatischen Kurort allerersten Ranges.

Dann ging es nach Riva und von hier per Dampfer über den Gardasee nach Gardone-Riviera. Trotz des regnerischen Wetters wurde ein Ausflug nach Sirmione unternommen, um dann über Garda nach Gardone zurückzukehren. Von den hier gehaltenen Vorträgen möchte ich in erster Reihe die lichtvollen und praktisch bedeutsamen Ausführungen Prof. Posner's über «die Behandlung der Blasentuberkulose» anführen. Die Blasentuberkulose ist meist descendierender Natur, kann aber auch ascendierend sein, wenngleich bei weitem seltener. Die ersten Symptome der Erkrankung sind wenig alarmierend: leichtes Fieber, wenig trüber Urin, geringer Harndrang. Fast pathognomonisch ist die Erfolglosigkeit jeder Therapie, so dass nach Posner man stets an Blasentuberkulose denken müsse, wenn bei Behandlung eines leichten Blasenkatarrhs mit den gewöhnlichen Mitteln, wie Höllenstein, Urotropin usw. keine merkliche Besserung eintritt. Das Cystoskop darf nur mit grösster Vorsicht angewandt werden. Da der Blasentuberkulose fast immer eine Nierentuberkulose vorausgeht, so ist eine Nephrektomie meist indiziert, wobei trotz schon bestehender Blasentuberkulose eine bedeutende Besserung, wenn nicht gar Heilung eintritt. Sind beide Nieren erkrankt, die eine tuberkulös, die andere nephritisch ohne Tuberkulose, so sollte die tuberkulöse Niere doch immer exstirpiert werden; sind beide Nieren tuberkulös erkrankt, dann bleiben sie natürlich ein noli me tangere. In diesem Falle, sowie auch sonst bei inoperabler Nieren- und Blasentuberkulose kann noch eine klimatische Beeinflussung bei vorsichtiger lokaler Behandlung in Frage kommen (Sublimat, Jodoform, Oelspülungen, Narcotica). Als klimatische Kurorte kommen in erster Reihe Madeira und Gardone in Betracht. Dagegen haben sich weder die Koch'sche, noch die Landerer'sche Behandlung bei dieser tuberkulösen Form irgend wie bewährt. Des weitern machte Dr. Königer Mitteilungen «über das Winterklima Gardones und über Indikationen des Kurortes», wobei Redner in ausführlicher Weise an der Hand zahlreicher Tabellen das Winterklima Gardones im Vergleich zu dem ähnlicher in Frage kommender Kurorte besprach und die versammelten Kollegen aufforderte, dafür Sorge tragen zu wollen, dass die in Gardone überwinternden Phthisiker und Nephritiker nur ja nicht vor Mitte Mai nach dem Norden zurückkehren, dann erst würden die unliebsamen Katarrhe und Rezidive mit einiger Sicherheit ausbleiben.

Von Gardone ging es wieder über Riva und Bozen-Gries (Dr. Nazarkiewicz: «Die Bedeutung von Gries als Kurort») nach dem gesegneten Meran, wo die Reisegesellschaft am 23. Sept. eintraf und sich auflöste. Ein grosser Teil von ihr mündete in den 77. Naturforscher- und Aerzte-Kongress.

Der Gesamteindruck der Reise war ein überaus günstiger: sie war reich an wissenschaftlichen Lehren, mannigfaltigen Kulturstudien und wunderbaren Naturbildern. Der Empfang war überall ebenso festlich wie herzlich, fast überall Musik, an vielen Orten Böllerschüsse und Ehrenpforten, die Städte

Digitized by Google

und Orte fast durchweg beflaggt und illuminiert, offizielle Begrüssungen der städtischen Behörden und Kurverwaltungen. Nur Salzburg und Riva hatten nichts zum festlichen Empfang beigetragen. Die Abende wurden im gemütlichen Beisammensein bei Tirolervorträgen mit obligater «Schuhplatterei» verbracht. Weniger Teilnehmer und mehr Zeit wären für ähnliche Veranstaltungen in Zukunft immerhin empfehlenswert. Die Organisation des Ganzen war, wie schon eingangs erwähnt, ein wahres Meisterwerk der Reisetechnik, und können die ärztlichen Studienreisen, die nicht bloss der Wissenschaft, sondern auch der Kollegialität dienen sollen, einem jeden, der über ein leistungsfähiges Nervensystem verfügt, aufs angelegentlichste empfohlen werden.

Libau, im Oktober 1905.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 5. April 1905.

Vorsitzender: Blessig. Sekretär: O. Moritz.

Vor der Tagesordnung demonstriert Hörschelmann eine Frau mit accessorischer Milchdrüse, aus der sich bei Druck ein feiner Milchstrahl exprimieren lässt. Die überzählige Brustwarze sitzt etwa eine Handbreit unter der normalen linken Mamilla.

A. Feld: Ueber Tuberkulin. (Erschienen in Nr. 19 dieser Wochenschrift).

Wladimirow: Tuberkulinbehandlung bei Rindern.

Diskussion:

Masing: Im Sanatorium zu Pitkäjärwi ist die T-linbehandlung ziemlich neu, erst seitdem in Deutschland so warm dafür eingetreten wurde (z. B. von Petruschky) sind die Versuche aufgenommen. Zuerst hat M. an sich selbst Versuche angestellt und typische lokale und allgemeine Reaktion erhalten; jedenfalls hat er keinen Schaden davon gehabt, die Dosis betrug 5 Mgr. Zu beachten ist jedoch, dass Kranke überhaupt auf physische wie psychische stärkere Inanspruchnahme mit Temperaturerhöhungen reagieren können. Dieses hat M. an sich selbst beobachten können, weswegen man mit der Deutung des Reaktionsfieber's sehr vorsichtig sein muss. Im Sanatorium sind bisher 6 Fälle behandelt worden, nur in einem mussten die Injektionen wegen zu hoher Reaktion und allgemeinen starken Unbehagens eingestellt werden. Die Hauptreaktionszeit liegt zwischen 12 und 24 Stunden nach der Injektion. Auch bei der Augentuberkulose sind gute Erfolge von der T-linbehandlung gesehn worden.

Beckmann fragt, ob schon Endresultate der T-linbehandlung vorliegen.

Masing: Petruschky hat in 100 pCt. der Fälle ein Schwinden der T-linreaktion beobachtet.

Petersen fragt, ob immer eine Art T-lin verwandt wird od. aber sowohl Bazillen vom Rinde als auch vom Vogel angewandt werden können. P. hat verschieden verlaufende Lupustypen beobachtet, welche möglicherweise durch differente Bazillen erklärt werden könnten.

Germann: Hippel berichtet über gute Erfolge mit dem T-lin R bei Augenerkrankungen, dem er vor dem alten Koch'schen T-lin den Vorzug gibt.

O. Moritz fragt, ob fieberhafte Fälle ganz von der T-linbehandlung ausgeschlossen werden sollen und welcher Grad von Fieber allenfalls noch zulässig erscheinen könnte. Unter anderem ist ja Koch selbst nicht dagegen, auch fiebernden Tuberkulösen unter Umständen T-lin zu injizieren.

Masing weist darauf hin, dass wir 3 Arten: Säugetier-, Vogel- und Kaltblütertuberkelbazillen unterscheiden. Bei unseren Versuchen handelt es sich stets um Menschentuberkulose.

Kallmeyer fragt, was wir praktisch durch die Injektionskur erreichen, wenn der Fall klinisch schon als geheilt anzusehn ist, — wie das bei vielen Patienten von Feldt und Masing gewesen zu sein scheint. Ist der Kranke fieberfrei, beschwerdelos, hat sein Körpergewicht zugenommen, so ist doch eine T-lininjektion nur von diagnostischem Wert. Hat die Behandlung eine prophylaktische Wirkung und können wir den Pat. versichern, dass er dadurch vor Rezidiven sicher ist? Diese Immunität ist doch zum mindesten sehr fraglich.

Mag. Kressling (als Gast): Das T-lin R besteht aus den Bazillenleibern und wird bei uns nicht benutzt. In dem T-lin O sind nur die toxischen Substanzen ohne die Bazillen enthalten. Die Misserfolge des alten Koch'schen T-lin sind wohl in der Hauptsache auf die intermediären Produkte zu beziehen, die darin in grosser Menge vorhanden waren und in ihren Wirkungen ziemlich unkontrollierbar sind. Desshalb werden bei uns nach Möglichkeit nur die Endprodukte des Abbau's des komplexen Eiweissmolekül's benutzt, die auch weniger giftig sind. Was die Berechtigung der Injektionsbehandlung betrifft, so kann K. darauf hinweisen, dass er vor Jahren eine Anzahl Meerschweinchen mit T-lin behandelt hat und ihnen nachher Tuberkulose einimpfte. Dabei zeigte es sich, dass vorbehandelte Meerschweinchen viel später an der Tuberkulose zugrunde gingen als die Kontrolltiere und dass die aus ihrem Körper gezüchteten Bazillen weniger virulent waren.

Blessig: In Russland hat man wenig Augentuberkulose, daher auch wenig Erfahrungen mit der T-linbehandlung derselben. Die betr. Arbeiten beziehen sich meist auf Experimentaltuberkulose.

Feldt betont Masing gegenüber, dass Rasselgeräusche noch keine Kontraindikation für Injektion sind, da sie event. nicht durch Schleim sondern durch andere Momente hervorgerufen sein können. Die Anfangsdosis soll $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ Mgr. sein. Die Zeit des Auftretens der Reaktion sind 6—12 Stunden, jedoch unter Umständen auch früher. Die Frage bezügl. der Endresultate ist am Menschen sehr schwer zu lösen; Turban hat nur durch Zufall einmal die relative Heilung eines so behandelten tuberkulösen Prozesses durch die Autopsie feststellen können. Petruschky's Versuche haben keine so grosse Bedeutung wie Masing annimmt, weil sein Material relativ klein war. Auf Petersen's Frage ist zu erwidern, dass stets Menschentuberkelbazillen zur Gewinnung des T-lin benutzt werden. Die Identität derselben mit den Vogeltuberkelbazillen ist noch strittig. Germann gegenüber ist zu sagen, dass Möller auch das T-lin R benutzt hat und dass dasselbe in gewissen Fällen anwendbar erscheint. War in den von G. erwähnten Fällen auch die als Vorbedingung einer Kur anzusehende Uebérernährung vorhanden? Auf die Frage von Moritz ist zu sagen, dass wir für das Fieber nur die Temperaturmessung als Massstab besitzen, welche Begriffe sich aber nicht völlig decken. F. ist es bekannt, dass einzelne Autoren bei subfebriler Temperatur Injektionen vornehmen. Ein russischer Phtiseotherapeut, der so steht, drückt sich u. a. dahin aus, dass bei aktiver aber nicht progressiver Tuberkulose gespritzt werden kann.

Kallmeyer ist zu antworten, dass ein Schutz vor Rezidiven nicht möglich ist, da sich der Pat. immer von neuem infizieren könne. T-linimmunität und Tuberkuloseimmunität sind noch nicht identisch. Jedenfalls bleibt auch trotz fehlender Reaktion der Bazillus am Leben. Zu Wladimirow's Vortrag bemerkt F., dass Rinder in der Reaktion noch viel schwerer zu beurteilen sind als Menschen, besonders die Lungenveränderungen sind kaum kontrollierbar. Interessant ist ein Versuch von Marmorek, der Tieren Tuberkelbazillen einspritzte und 1 Stunde danach T-lin, worauf eine prompte Reaktion erfolgte, es ist also eine Reaktion auf Bazillen nicht auf Tuberkulose.

Wladimirow: Auch bei unseren Rinderversuchen benutzen wir Menschentuberkelbazillen; vermutlich handelt es sich bei allen diversen Bazillen nur um geringe Differenzen in der Virulenz. Nocard hat ja auch erfolgreich Vogeltuberkulose in Säugetiertuberkulose übergeführt. Germann gegenüber meint W., dass es denkbar sei, dass für bestimmte ophthalmologische Zwecke das T. R. wirksam wäre (was vielleicht als Analogie mit den spezifischen Haemo- und Zytolysinen verständlich wäre). Sonst wird dasselbe kaum mehr benutzt. Kallmeyer gegenüber betont W., dass der Tuberkulose gegenüber zunächst eine Immunisierung nicht denkbar ist; es handelt sich nur um relative Immunität für allerkürzeste Frist. Daher ist den Behring'schen dauernden Immunisierungsversuchen grösste Skepsis entgegenzubringen. Feldt's Aeusserungen erwidert W., dass die Rinderuntersuchung zwecks Feststellung der Reaktion natürlich sehr mangelhaft sei, besonders die Lungenuntersuchung ist kaum durchführbar, allenfalls lassen sich grosse Kavernen nachweisen. Andererseits hat das Arbeiten an Rindern den grossen Vorzug, dass die Tiere stets unter gleichen Verhältnissen sind, was beim Menschen nicht der Fall ist. Vermutlich gibt es auch beim Rinde aktive aber nicht progressive Tuberkulose, besonders da gerade beim Rinde die Verkalkung rasch vonstatten geht.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 16. März 1905.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Paul Klemm 1) einen Patienten, über welchen er am 16. Februar a. c., im Anschluss an den Vortrag des Dr. v. Berg «Ueber einen Fall von Oesophagusstenose», referiert hatte; es lag eine Verätzungsstriktur des Oesophagus vor, bei welcher die Gastrotomie gemacht werden musste; von dem Magen aus wurde eine feine Sonde durch die Striktur gezogen, dann zuerst durch einen mit Schrot armierten Faden die Striktur allmählig erweitert; nach 4 Wochen konnte die Magenwunde geschlossen werden. Jetzt führt der kleine Patient (ca. 8 Jahre alt) sich selbst die Sonde anstandslos ein. (Demonstration.)

2) Demonstriert Vortragender ein Präparat: beim Patienten fand sich eine walzenförmige Geschwulst in der rechten Darmbeingrube; er dachte an einen Tumor oder eine Tuberkulose; bei der Operation wurde in der Tat eine Tuberkulose konstatiert und zwar des Coecums, an der Einmündungsstelle der Appendix.

In den Lungen und auch in den übrigen Teilen des Körpers konnte er keine Tuberkulose entdecken, es scheint daher hier ein Fall von primärer Tuberkulose vorzuliegen. Der Patient soll ca. 2 Jahre lang vorher krank gewesen sein.

In die Tagesordnung eintretend, erteilt der Präses 1) Herrn Dr. Keilmann das Wort, welcher seinen angekündigten Vortrag hält: «Ueber Extrauteringravidität mit Demonstration». (Erscheint ausführlich im Druck in der St. Petersb. med. Wochenschr.).

In der folgenden Diskussion erwähnt Dr. von Stryk einen Fall aus seiner Praxis, wo die Schwierigkeiten der Diagnose bis zum Schluss der Gravidität bestanden; er operierte 13 Monate nach Beginn der Gravidität, die Frucht war bereits abgestorben. Nach dem Aufhören der Kreissbewegungen fing die Frau an sich zu erholen; er wartete daher noch 14 Tage mit der Operation, bis die Frau kräftiger geworden war. Es erwies sich, dass hier offenbar eine Tubengravidität vorlag; die Frucht war ausgewachsen; es bestanden Verwachsungen mit dem Darm, welcher bei der Operation einriss; die Frau erholte sich gut und konnte drei Wochen nach der Operation gesund entlassen werden. Hätte man frühzeitig die Operation gemacht, so hätte man ein lebendes Kind haben können. Der Fall lag hier um so tragischer, als es sich um eine ältere Erstgebärende handelte.

Dr. Keilmann bestätigt, dass hier eine Tubengravidität vorlag, indem er selbst Gelegenheit hatte, den Fall zu untersuchen.

Dr. Knorre möchte in bezug auf die Temperaturkurven, welche Dr. Keilmann erwähnt hat, bemerken, dass Temperatursteigerungen oft vorkommen, oft bis 39°. Durch die Temperatursteigerungen wird die Diagnose oft erschwert, man muss sich dann auf die genaueste Anamnese stützen, oft auch durch Probepunktion zur Gewissheit zu kommen suchen.

Dr. Knorre demonstriert weiter ein Präparat, wo die Frucht am Fimbrienende gelagert ist (Eierbecherstadium), und dann ein anderes, wo der Foetus schon teilweise aus dem Fimbrienende heraus war und im Abdomen lag.

Dr. Keilmann bemerkt dazu, dass er dieses Stadium der halbgeborenen Eier während seines Breslauer Aufenthaltes auch beobachtet habe; einmal seien an einem Tage durch die Operation 2 derartige Präparate gewonnen worden.

In bezug auf die Temperatursteigerung bemerkt Herr Dr. v. Stryk, dass bei abgestorbenen Foeten diese die Regel sei, beim lebenden jedoch seltener; ob die Temperaturen im ersten Fall auf Resorptionserscheinungen zurückzuführen, müsste der einzelne Fall entscheiden.

Nach Dr. Keilmann macht die Extrauteringravidität oft keine Temperaturen; der Temperatursteigerung liegt gewöhnlich eine Infektion zu Grunde, wenn die Haematocele dem Darm anliegt; diese Temperaturen schwinden zuweilen auch wieder von selbst; diese Temperaturen beruhen vielleicht auf Infektion mit dem Bac. coli communis; in solchen Fällen findet man die Haematocelenmembran besonders stark.

Dr. Keilmann hat auch einige tote Foeten gesehen, wo keine Temperatursteigerung vorhanden.

2) Dr. E. Schwarz hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur forensischen Beurteilung von Kopftraumen».

Diskussion:

Die von Jahr zu Jahr vermehrte Anwendung der Lumbalpunktion und die damit gesicherteren Erfahrungen über dieselbe besprechend, betont Dr. Voss die Wichtigkeit der Lumbalpunktion als diagnostisches Hilfsmittel auch für die Ohrenärzte, z. B. bei der Diagnose der serösen Meningitis und Ausschluss der eitrigen. Einmal wurde bei einem seiner Fälle Luft aspiriert; er fragt daher nach der Technik der Lumbalpunktion; grosse Druckschwankungen sind ja immer in der Literatur angegeben worden, bei einem Fall von Punktion ist der Druck = 0 angegeben. — Voss hat gewöhnlich eine Hohlnadel eingestossen und dann einfach die Cerebrospinalflüssigkeit abfliessen lassen; einmal trat hierbei Luft ein. Der Fall ging zu Grunde, doch trat der exitus durch eine Lungengangrän, welche bei der Aufnahme schon vorhanden war, vielleicht unterstützt durch eine Sinusblutung, und nicht durch die Luftaspiration ein.

Dr. E. Schwarz ist aus der Literatur nicht bekannt, dass bei solchen Krankheitsbildern, welche Kopftraumen die Entstehung verdanken, die Cerebrospinalflüssigkeit untersucht worden sei; seiner Meinung nach kann man bei seinem ersten Fall keine seröse Meningitis annehmen, ein meningealer Reizzustand hat jedoch sicher bestanden; er wolle nicht entscheiden, wo die Lymphocyten (in der Cerebrospinalflüssigkeit) hergekommen seien. In betreff seines 2. Falles nimmt er eine Meningitis an, und muss dieselbe seiner Ansicht nach mit dem Trauma in Zusammenhang gebracht werden; vielleicht ist dieser Fall auch mehr als eine seröse Meningitis. Bei der Meningitis serosa wirke die Lumbalpunktion direkt heilend; bei einem Fall von cerebraler Lues wurde durch die Lumbalpunktion starke Lymphocytose durch die Punktion konstatiert; nach der Punktion fiel die Temperatur, die Konvulsionen schwanden ebenfalls und es trat Euphorie auf.

Dr. Behr fragt an, ob die Röntgenuntersuchung in diesen Fällen von Kopftraumen von Dr. Schwarz angewandt worden sei; er meine nicht die R.-Untersuchung bei Fällen von Frakturen, sondern gerade bei den von Schwarz erwähnten, wo keine Frakturen diagnostiziert worden seien; Prof. Benedikt habe in solchen Fällen sofort nach der Verletzung die R. Untersuchung durchgeführt und hat derselbe bei späteren Aufnahmen ein Kleinerwerden der Schatten auf den Platten konstatieren können, und auch ein Verschwinden im Laufe der Zeit.

Dr. Behr hat Gelegenheit gehabt diese Benedikt'schen Platten zu sehen.

Dr. E. Schwarz verneint das R.-Verfahren bei seinen Fällen angewandt zu haben.

Dr. Voss erklärt, dass er ebenfalls die Benedikt'schen Bilder gesehen habe, doch kann er sich nicht recht von ihnen überzeugen; er habe sich in dieser Frage mit Dr. Sengbusch in Verbindung gesetzt und habe letzterer die Meinung geäussert, dass beim Erwachsenen klare Bilder in solchen Fällen wohl nicht auftreten würden, höchstens noch beim jugendlichen Schädel. Sodann erwähnt Dr. Voss, dass man auch den Menière'schen Symptomenkomplex mit der Lumbalpunktion zu behandeln proponiert habe, weil in solchen Fällen eine Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit konstatiert worden sei.

Dr. E. Schwarz meint dazu, dass man vielleicht seinen 2. Fall als Menière'schen Symptomenkomplex deuten könne; der Kranke habe angegeben, dass er vom Februar bis Mai ein so starkes Schwanken gehabt habe, dass er deswegen nicht habe arbeiten können; vielleicht hätte man hier mit der Lumbalpunktion Besserung erzielt.

Dr. Bernsdorff hat diesen Kranken mehrfach gesehen; die Hauptsymptome waren ein starkes Schwanken und Kopfschmerzen; gelegentlich auch Temperatursteigerungen; wenn es dem Kranken besser ging, hat er dazwischen auch gearbeitet.

Dr. Voss: Noch Prof. Böttcher hat die Anschauung vertreten, dass der M. S.-Komplex keine Erkrankung der Bogengänge sei; bei den Experimenten sei zugleich auch immer eine Verletzung des Kleinhirns aufgetreten.

Dr. L. Schönfeldt: Dr. Schwarz hat davor warnen wollen, dass man bei der Begutachtung von Kranken mit solchen Kopftraumen in den ersten Monaten einer zu optimistischen Auffassung huldige; er, Schönfeldt, meine, dass in solchen Fällen wohl kein Neurologe derart verfahren werde; man würde solche Kranke in jedem Fall wohl wenigstens ein Jahr lang beobachten, ehe man ein Urteil fällt. Was die Cystodiagnose anbelangt, so ist noch kein abschliessendes Urteil in der Frage erzielt worden; bearbeitet worden ist sie besonders von französischen Aerzten und es sind sehr viele Fälle beobachtet worden, wo bei vorliegender Lues eine

Digitized by Google

Vermehrung der Lymphocyten in der Cerebrospinalflüssigkeit gefunden wurde, so dass eine Vermehrung der Lymphocyten noch nicht gestattet, eine Meningitis anzunehmen. Wenn in den Fällen von Sch. nach der Punktion die Lymphocyten schwanden, so ist dies auffallend. Sehr oft beobachtet man bei der Meningitis serosa trotz Fehlens der Lymphocytose dauernd die bekannten Krankheitssymptome.

Dr. Tiling bemerkt, dass die traumatischen Neurosen, welche sich aus solchen Kopfträumen entwickeln, immer erst sehr viel später zur Begutachtung gelangen; es erscheint für die Begutachtung ihm in solchen Fällen nicht richtig, zu sehr auf den Defekt eines Sinnes, wie hier des Ohres (cf. Dr. Voss) zu achten, sondern auf das Ensemble, indem gewöhnlich alle Sinnesorgane betroffen sind; so ist die Sensibilität vielfach modifiziert, es findet sich Einschränkung des Gesichtsfeldes, oder das vasomotorische Gebiet ist gestört etc.

Dr. E. Schwarz anerkennt den Wert der Schönfeldtschen Bemerkungen; wenn jedoch bei einem seiner Fälle zuerst eine milchig trübe Flüssigkeit bei der Punktion gefunden wurde, dann nach 8 Tagen eine ganz klare, so rege dies Faktum zum wenigsten an, den eventuellen therapeutischen Wert noch weiter zu beobachten.

Dr. Voss meint, dass Dr. Schwarz hauptsächlich davor warnen wollte, dass ein Trauma, welches anfangs leicht aussieht, auch als leicht beurteilt werde.

Dr. E. Schwarz weist darauf hin, dass Koppe's Meinung nach das Trauma nicht einmal den Kopf getroffen zu haben braucht, und dass trotzdem Laesionen im Gehirn vorkommen können.

Dr. Max Schönfeldt: Bei der Beobachtung von traumatischen Neurosen denken viele Aerzte eigentlich recht hartherzig, indem häufig Simulation und Uebertreibung angenommen wird; daher sind die Erörterungen des Dr. Sch. sehr wichtig. So wäre z. B. ein Mann mit seinen Klagen beinahe abgewiesen worden und war als ein Arteriosklerotiker erklärt worden, ohne dass man seine Anamnese näher studiert hatte und als endlich sein Krankenbogen bei der entscheidenden Gerichtssitzung vorgelegt wurde, ergab sich, dass von Dr. Bergmann eine Basisfraktur konstatiert worden war, und dass die Atrophie eines Sehnerven die Folge des Unfalls war. Schönfeldt möchte betonen, dass in allen Fällen, wo eine Verletzung des Kopfes vorliegt, die Kollegen die Möglichkeit einer organischen Ursache der Beschwerden nicht ohne weiteres abweisen sollten. Man sollte solche Kranke monatelang beobachten; bei Sektionen würde man viele Fälle finden, in denen man sieht, dass die Klagen der Patienten ganz berechtigt waren.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Minister der Volksaufklärung, dem bekanntlich auch alle Institutionen zur Ausbildung von Zivilärzten unterstellt sind und dem in nächster Zeit wahrscheinlich auch die militär-medizinische Akademie unterstellt werden wird, ist der Hofmeister des Allerhöchsten Hofes Graf Johann Tolstoi ernannt worden. Von Hause aus Jurist, bekleidete Graf Tolstoi seit 1893 den Posten des Vizepräsidenten der Akademie der Künste.

— Am 10. November n. St. beging der Direktor des Instituts für experimentelle Psychologie an der Leipziger Universität, Prof. Dr. Wilhelm Wundt, das 50-jährige Jubiläum seiner medizinischen Doktorpromotion. Der Jubilar besitzt neben der medizinischen Doktorwürde auch die philosophische; ausserdem hat ihm die Göttinger Universität die Würde eines Ehrendoktors der Rechte verliehen. Seit 30 Jahren wirkt der gegenwärtig im 74. Lebensjahre stehende Gelehrte, der als Begründer und hervorragendster Vertreter der experimentellen Psychologie einen Weltruf geniesst, in Leipzig.

— Das Jubiläum seiner 25-jährigen Lehrtätigkeit als ordentlicher Professor der allg. Pathologie und pathologischen Anatomie an der Universität München feierte am 13. November n. St. Dr. O. v. Bollinger. Der ausgezeichnete Pathologe steht im 63. Lebensjahre.

— Professor Robert Koch ist von der Berliner Medizinischen Gesellschaft, an Stelle des verstorbenen Geh. Sanitätsrats Dr. Wiesenthal, mit grosser Stimmenmehrheit zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt worden. Die Würde war bisher stets einem praktischen Arzte übertragen worden; die Berliner Aerzteschaft ist zum erstenmal seit dem Bestehen der Medizinischen Gesellschaft von dem alten Brauch abgegangen, um Professor Koch, der ja zu Beginn seiner Laufbahn praktischer Arzt war, ein besonderes Zeichen ihrer Verehrung zu geben.

— Die deutsche anatomische Gesellschaft beabsichtigt ihrem verstorbenen Ehrenpräsidenten Prof. Dr. Albert v. Kölliker in Würzburg ein Denkmal zu setzen.

— Auf Anregung des Obermedizinalinspektors Dr. W. v. Anrep ist beim Medizinalrat eine Kommission zur Ausarbeitung eines Entwurfes für das Sanitätswesen in Russland gebildet worden, welcher der künftigen Reichsduma vorgelegt werden soll. Zu Gliedern dieser unter dem Vorsitz des Obermedizinalinspektors beratenden Kommission sind gewählt worden: Dr. L. Berthenson, Dr. E. Golowin, die Professoren S. Przebytek, S. Schidlowski und G. Chlopin, der Jurist Pljuschtschewski-Pljuschtschik, W. D. Schidlowski und Mag. veter. Rajewski. (R. Wr.)

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 20. Oktober in der Forstei Ramkau (Livland) Dr. Alexis Halicki, der von einer lettischen Sozialistenbande bei einem Ueberfall derselben auf die Forstei durch drei Revolverschüsse — in die Schläfe, in die Brust und in die Seite — getötet wurde. Zu Mitau im Februar 1836 geboren, erhielt der Dahingeschiedene auch dort seine Schulbildung und bezog dann 1858 die Universität Dorpat, an welcher er bis 1866 Medizin studierte und der Korporation Curonia angehörte. Nach Erlangung des Arztgrades war er 1886 einige Monate Arzt in Tauroggen und von 1866—1869 Kirchspielsarzt zu Lemburg (Livland), um sich dann nach weiteren Studien in Berlin und Wien im Jahre 1870 als praktischer Arzt in Riga dauernd niederzulassen. Erst im letzten Jahre gab er seine Praxis in Riga auf und zog sich aufs Land zurück, wo er in der obengenannten Forstei in der befreundeten Familie des Oberförsters seine Ruhetage verbrachte. Dr. Halicki war eine liebenswürdige und in der Gesellschaft gern gesehene Persönlichkeit, es werden ihm daher Alle, die ihn kannten, ein freundliches Andenken bewahren! 2) Am 3. November nach längerer Krankheit der Chef der hiesigen militär-medizinischen Akademie, Prof. Dr. Alexander Tarenezki, im 61. Lebensjahre. Der Verstorbene wurde in Weimar als Sohn eines Priesters der dortigen rechtgläubigen Gesandtschaftskirche geboren, besuchte das dortige Gymnasium und hörte dann Vorlesungen an der Jenaer Universität, bis er 1864 in die Petersburger medikochirurgische Akademie eintrat, die er 1865 mit der goldenen Medaille absolvierte. Er widmete sich ganz der Anatomie und war anfangs Prosektor an der Akademie, dann ausserordentlicher und seit 1887 ordentlicher Professor der normalen Anatomie. — Nach dem Tode Prof. Paschutins wurde er zum Chef der Akademie ernannt. P. hat eine ganze Reihe von Arbeiten über normale und vergleichende Anatomie, Anthropologie und zahlreiche Kritiken und Skizzen veröffentlicht. Unter seiner Redaktion wurden auch die «Grundzüge der Anatomie des Menschen» von Pahnsch in's Russische übersetzt. Er fungierte auch als beratendes Mitglied des Medizinalrats und als Präsident der anthropologischen Gesellschaft. 3) In Moskau am 3. November der berühmte Physiologe Prof. emer. Johann Setschenow im Alter von 76 Jahren. Von Hause aus Militäringenieur, nahm er seinen Abschied und wurde freier medizinischer Zuhörer an der Moskauer Universität, arbeitete dann von 1856—1859 im Auslande bei den Koryphäen der Physiologie Helmholz, Dubois-Reymond und anderen und erhielt nach seiner Rückkehr den Lehrstuhl der Physiologie an der mediko-chirurg. Akademie, den er fast 30 Jahre inne hatte, um dann von 1889—1896 die entsprechende Professur in Moskau zu bekleiden. Durch seine zahlreichen wertvollen physiologischen Arbeiten hat Setschenow sich einen Namen in der Wissenschaft gemacht. 4) In Pawlowsk der frühere ältere Arzt des Marinehospitals daselbst Dr. Ludwig Marcel im Alter von 87 Jahren. Die Venia practicandi hat der Hingeschiedene vor fast 65 Jahren erlangt. 5) In Twer der Arzt am Awajewschen Krankenhause Dr. Potemkin im 70. Lebensjahre, nach 40-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er hatte bei den sozialistischen Unruhen

Digitized by Google

in Twer, als er dem Pöbel beim Demolieren des Landschaftsgebäudes entgegentrat, schwere Körperverletzungen davongetragen, denen er nach einigen Tagen erlag.

Von Universitäten, med. Instituten u. Kongressen.

— Der Direktor des St. Petersburger weiblichen medizinischen Instituts, Leibakkoucheur des Allerhöchsten Hofes, Geheimrat Dr. Ott und der Gehülfe des Direktors dieses Instituts, Prof. ord. Dr. Lichatschew, sind von den genannten Aemtern am Institut enthoben worden, beide unter Belassung in ihren übrigen Stellungen. An ihre Stelle sind gewählt und bestätigt worden: der Prof. ord. des weiblichen med. Instituts Dr. Salaskin — zum Direktor, und der Prof. extraord. Dr. Kadjan — zum Gehülfen des Direktors des genannten Instituts.

— Der Prof. emer. der medizinischen Chemie an der Warschauer Universität Dr. Schalfejew ist auf seine Bitte verabschiedet worden.

— Der ausserordentliche Professor der Wiener Universität Dr. Arthur Schattenfroh ist zum ausserordentlichen Professor der Hygiene und Direktor des hygienischen Instituts ernannt worden. Er tritt an die Stelle von Prof. Dr. Max Gruber, der bekanntlich Pettenkofers Lehrstuhl in München übernommen hat. Schattenfroh ist ein Schüler und ehemaliger Assistent Grubers und leitete bereits seit dem Abgange Grubers die Wiener hygienische Anstalt.

— Professor Dr. Krehl in Strassburg wurde zum Nachfolger des verst. Professors Nothnagel auf den Lehrstuhl für innere Krankheiten nach Wien berufen und hat den Ruf angenommen.

— Der auf den 11. Sept. dieses Jahres angesagte internationale gynäkologische Kongress ist auf den September 1906 verschoben worden. Der Kongress findet in Petersburg statt. Das Organisations-Comité, das aus 20 in den verschiedenen Städten Russlands wohnenden Mitgliedern zusammengesetzt ist, steht unter dem Vorsitz Prof. D. v. Ott's, Als Generalsecretär funktioniert Prof. P. Sadowski (Petersburg, Newski Prospekt 90), als Leiter der Abteilung für die Ausstellung Dr. Redlich (Petersburg, Spasskaja 25). Das Komitee bittet um rechtzeitige Anmeldung, damit es in der Lage sei den Mitgliedern alle notwendigen Mitteilungen und Prospekte zuzusenden. Es werden Fahrten auf der Wolga, nach dem Kaukasus und in die Krim zu ermässigten Preisen projektiert.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Dem früheren Korpschirurgen des III. sibirischen Armeekorps, älteren Ordinator des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, Dr. Viktor Hübbenet, ist für Auszeichnung im Kriege gegen Japan das Allerhöchste Wohlwollen eröffnet worden.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner ist dem Bevollmächtigten der fliegenden Kolonne Ihrer Majestät der Kaiserin Maria Feodorowna, Prof. ord. der Dorpater Universität Dr. Werner Zoege v. Manteuffel, der St. Wladimirorden IV. Klasse verliehen worden.

— Das Livländische Feldlazarett ist nach Riga zurückgekehrt, und zwar sind es die Aerzte Haffner und Hildebrandt, der Provisor H. Schulz und die Fürstin Lieven mit 14 Schwestern und 12 Sanitären. Dr. Vierhuff ist einstweilen in Moskau und Dr. Dippner in Omsk zurückgeblieben, während Dr. Ungern-Sternberg schon früher vom Kriegsschauplatz abgereist war.

— Die Estländische Sanitätskolonne (Chefarzt Dr. v. Brackel) soll, wie der «Lib. Ztg.» mitgeteilt wird, den Befehl erhalten haben, in ihrem vollen Bestande auf 4 Monate nach Nagasaki in Japan zu gehen und sich daselbst zur Verfügung des Marineressorts zu stellen. Die Adresse der Kolonne lautet vorläufig «Handlungshaus Kunst & Albers in Wladiwostok zur Uebersendung nach Nagasaki».

Standesangelegenheiten.

— Ende Oktober hat die St. Petersburger Sektion des Medizinischen Verbandes an die städtischen Hospitäler folgende Mitteilung versandt:

Введеніе автономіи на коллегіальныхъ началахъ въ больницѣ Св. Николая Чудотворца.

Сегодня, 17. Окт., въ 12 час. дня въ канцеляріи больницы Св. Николая Чудотворца засѣданіемъ врачей и всего служебнаго персонала, подъ предсѣдательствомъ предсѣдателя Городской больничной коммиссіи Д-ра Петрункевича, въ присутствіи попечителя больницы Д-ра Бари и представителей Петерб. Отдѣленія Союза Медицинскаго Персонала, большинствомъ голосовъ постановлено:

1) Ввести автономію на демократическихъ началахъ, т. е. такой строй, при которомъ всѣ служащіе больницы избираются коллегіей служащихъ.

2) Автономію эту считать дѣйствующей съ сегодняшняго дня.

Бюро Петерб. Отдѣленія Медицинск. Союза.

Zu deutsch:

Einführung der Autonomie auf kollegialer Grundlage im Hospital des h. Nikolai des Wundertäters*).

Heute, den 17. Oktober, um 12 Uhr mittags wurde in der Kanzlei des Hospitals des h. Nikolai des Wundertäters von einer Versammlung der Aerzte und des gesamten Dienstpersonals, unter dem Vorsitz des Präsidenten der städtischen Hospitalkommission Dr. Petrunkewitsch, in Gegenwart des Kurators der Anstalt Dr. Bary und von Vertretern der St. Petersburger Sektion des Verbandes des Medizinischen Personals, mit Stimmenmehrheit beschlossen:

1) Die Autonomie auf demokratischer Grundlage, d. h. eine solche Verfassung einzuführen, bei der alle Dienenden des Hospitals durch das gesamte Dienstpersonal gewählt werden.

2) Diese Autonomie vom heutigen Tage an in Kraft treten zu lassen.

Das Bureau der St. Petersburger Sektion des Medizinischen Verbandes.

Dagegen hat die städtische Hospitalkommission denselben Hospitälern unterem 19. Oktober folgendes Rundschreiben zugehen lassen:

«Считаемъ нужнымъ оповѣстить всѣ городскія больницы, что разосланное врачамъ больницъ сообщеніе Бюро Петербургскаго отдѣленія медицинскаго союза не соотвѣтствуетъ дѣйствительности, такъ какъ состоявшееся въ больницѣ св. Николая Чудотворца постановленіе 17. Октября сего года заключалось лишь въ слѣдующемъ: признать необходимымъ введеніе автономнаго начала въ управленіи больницы св. Николая Чудотворца. Голосованіе-же вопроса о немедленномъ введеніи автономнаго начала рѣшено было произвести въ ближайшіе дни закрытой балотировкой.

Само собой разумѣется, что такого рода постановленія могутъ быть введены въ дѣйствіе лишь по разсмотрѣніи и утвержденіи ихъ Больничною Коммиссіею и Городской Думою, а до измѣненія существующей инструкціи городскія больницы управляются на прежнихъ основаніяхъ».

Подлинное подписали: предсѣдатель Больничной Коммиссіи М. И. Петрункевичъ и Попечитель больницы св. Николая Чудотворца А. Э. Бари.

«Wir erachten es für notwendig, alle städtischen Hospitäler davon in Kenntnis zu setzen, dass die an die Hospitalsärzte versandte Mitteilung des Bureaus der Petersburger Abteilung des Medizinischen Verbandes nicht der Tatsache entspricht, indem der im Hospital des h. Nikolai des Wundertäters am 17. Oktober d. J. gefasste Beschluss nur dahin

---

*) Städtische Irrenanstalt.

Digitized by Google

lautet: die Einführung des autonomen Prinzips in der Verwaltung des Hospitals des h. Nikolai des Wundertäters als notwendig anzuerkennen. Die Abstimmung jedoch über die Frage einer sofortigen Einführung des autonomen Prinzips wurde beschlossen in den nächsten Tagen in geheimem Ballotement vorzunehmen.

Es versteht sich von selbst, dass solche Beschlüsse nur nach Einsicht und Bestätigung seitens der Hospitalkommission und der städtischen Duma zur Ausführung gelangen können, und dass bis zur Abänderung der gegenwärtigen Instruktionen die städtischen Hospitäler nach den früheren Bestimmungen verwaltet werden».

Das Original ist unterschrieben vom Vorsitzenden der Hospitalkommission M. I. Petrunkewitsch und vom Kurator des Hospitals des h. Nikolai des Wundertäters A. E. Bary.

Wir beschränken uns darauf, diese Vorgänge als Zeichen einer bewegten Zeit zu registrieren.

(d. Red.)

— Zur bekannten Affaire von Balaschow hat auch der Verein St. Petersburger Aerzte Stellung genommen, indem er in seiner Sitzung vom 1. November gleichfalls beschlossen hat, seinem Unwillen über die in Gegenwart der lokalen Autoritäten verübte Missbandlung des ärztlichen Personals Ausdruck zu verleihen und sich der Forderung einer gerichtlichen Untersuchung der Angelegenheit anzuschliessen.

— Wie aus Wjatka telegraphisch gemeldet wird, haben die Aerzte und Feldscher der dortigen Kreislandschaft den Dienst quittiert.

— Der Sanitätskonseil der Bogorodskischen Landschaft (Gouv. Moskau) hatte beschlossen, die von der Regierung am 11. August 1903 erlassenen Regeln bezüglich der Bekämpfung der Cholera nicht anzuerkennen, die Kreislandschaftsversammlung hat aber diesen Beschluss mit 13 gegen 8 Stimmen aufgehoben. Infolgedessen haben die Landschaftsärzte den Beschluss gefasst, den Abschied zu nehmen.

— In Alexandrowsk (Stadt von ca. 17,000 Einwohnern im Gouv. Jekaterinoslaw) ist ein ärztlicher Verein in's Leben getreten. Zum Präses wurde Dr. D. Kranzfeldt und zum Sekretär Dr. M. Shabotinski gewählt.

— Um die Medizinstudierenden und Medizinalpraktikanten in das immer komplizierter werdende Gebiet der Arbeiterversicherung und der ärztlichen Standesorganisation einzuführen, noch ehe sie in die Praxis treten, wird mit Genehmigung des Dekans der Berliner Universität in diesem Semester die Ortsgruppe Berlin des Verbandes der Aerzte Deutschlands (sog. Leipziger Verband) zum ersten Male den Versuch machen, Vorträge über diesen Gegenstand abzuhalten, die im pathologischen Institut an vier Abenden stattfinden sollen. Es werden erfahrene praktische Aerzte sprechen über: Arzt und Publikum; Die Organisation des ärztlichen Standes; Aerzte und Krankenkassen; Aerztliche Stellenvermittelung; Aerztliches Unterstützungswesen; Aerztliches Versicherungswesen, und über ärztlichen Rechtsschutz. — Es wird beabsichtigt, diese Vorträge im nächsten Semester auf noch andere wichtige Fragen aus der sozialen Medizin auszudehnen und sie nach Schluss eines jeden Kurses in Form von zwanglosen Heften weiteren Kreisen zugänglich zu machen.

Epidemiologisches.

— Cholera. Aus dem Weichselgebiet, namentlich aus dem Lomshaschen Gouvernement und aus Lodz, werden noch immer täglich vereinzelte Cholerafälle gemeldet. Im ganzen sind in diesem Gebiet von Beginn der Epidemie bis zum 2. November 249 Choleraerkrankungen konstatiert, von dem 136 letalen Ausgang nahmen.

In Preussen kann die Cholera als definitiv erloschen angesehen werden, da seit längerer Zeit keine Erkrankungen vorgekommen sind.

— Pest. Nach dem Bericht des Astrachanschen Gouverneurs sind im Narynskischen Teile der Kirgisensteppe verdächtige Erkrankungen aufgetreten, welche durch bakteriologische Untersuchungen als Pestfälle erkannt wurden. Vom 13. Oktober bis zum 2. November sind in 10 Gebieten (auf einer Ausdehnung von 50 Werst) 40 infizierte Erdhütten konstatiert worden, in denen 58 Personen erkrankt und 29 Personen gestorben sind. Ausserdem sind am 1. November pestverdächtige Erkrankungen im Gebiet der Kundrowskischen Tartaren aufgetreten, nachdem ein Kirgise aus dem Narynskischen Gebiet dort eingetroffen war.

Verschiedene Mitteilungen.

— Von der Verlagshandlung Gebr. Borntraeger in Berlin geht uns die Mitteilung zu, dass in ihrem Verlage in nächster Zeit ein «Biophysikalisches Zentralblatt» erscheinen wird, das unter Leitung erster Autoritäten, der Proff. Biedermann (Jena), Hering (Leipzig), Hertwig, Kranz, v. Leyden, Orth (sämtlich in Berlin), Tigerstedt (Helsingfors) von Dr. Karl Oppenheimer und Privatdozenten Dr. L. Michaelis in Berlin herausgegeben werden wird. Wie aus dem Programm des neuen Zentralblattes zu ersehen, ist es die Absicht der Herausgeber, in diesem Blatte das bereits bestehende «Biochemische Zentralblatt» so zu ergänzen, dass beide zusammen ein «Zentralblatt für die gesamte Biologie» bilden können. Eine ausführlichere Mitteilung werden wir bringen, sobald uns die erste Nummer des Blattes zugegangen ist.

Bf.

Am 15. Okt. d. J. betrug die Zahl der Kranken 10545 (34 mehr als in der Vorwoche.), darunter 963 Typhus — (6 mehr), 931 Syphilis — (47 wen.), 381 Scharlach — (9 mehr), 165 Diphtherie — (7 mehr), 77 Masern — (2 wen.) und 7 Pockenkranke (2 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 16. bis zum 22. Okt. d. J. im ganzen 674 (394 M., 280 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 15, Scharlach 31, Diphtherie 18, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 4, Grippe 1, Katarrhalische Lungenentzündung 68, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 87, Tuberkulose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 12, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungskanals 60, Totgeborene 54.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 15. Nov. 1905.

Tagesordnung: Cand. chem. Wulff (Gast): Ueber Milchkonservierung auf physiologischer Grundlage.

Nissen: Gerichtliche Expertise in einem Fall von Anklage auf Kindesmord durch Vergiftung.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 21. Nov. 1905.

Digitized by Google

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität

Marke „Pfeilring".

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

Ein sehr nützliches Produkt aus Cascara-Sagrada

„CASCARINE LEPRINCE"

$C^{12} H^{10} O^5$

Medizinische Akademie 12. Juli 1892.

Akademie d. Wissenschaften 1. April 1893 u. 3. Juli 1899.

Erprobt: bei gewöhnlicher Verstopfung, Leberleiden, als antiseptisches Mittel für die Verdauungsorgane; bei Atonie des Verdauungskanals, Verstopfung bei Schwangeren und mit der Brust Stillenden, und gegen Gallenstein.

Gewöhnliche Dosis in Pillen: 2 Pillen nach dem Essen oder zur Nacht vor dem Schlafengehen.

Haupt-Depot: 62, rue de la Tour, Paris. (32) 12—11.

Depot in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства.

Совершенно не раздражаетъ. Охотно принимается. Хорошо усваивается. Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

Digitized by Google

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

EUCHININ

Entbittertes Chinin, gleiche Heilwirkung wie letzteres bei **Fiebern, Influenza, Typhus, Keuchhusten, Malaria** und **Neuralgie.**

VALIDOL

Energisches und dabei reizloses **Analepticum, Antihystericum, Antineurasthenicum** und **Stomachicum**: ferner gutes Mittel gegen **Seekrankheit.**

VALIDOL. CAMPOR.

Hervorragendes **Excitans** für schwere Erschöpfungszustände, ausserdem unentbehrlich in der **Zahnpraxis.**

(86) 4—3.

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose, chron. Ekzeme.**
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Styptol (Knoll)

Uterines Haemostaticum.
Vereinigt die blutstillende Wirkung des Cotarnins und der Phtalsäure.

Anthrasol (Knoll)

Entfärbter Teer.
Besonders juckstillend und keratoplastisch. Anwendung wie gewöhnlicher Teer.

Literatur und Proben kostenlos!

KNOLL & Co. • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Dr. Emmerich's Heilanstalt

für Nerven-, Morphium-, Alkohol- etc. Kranke

Gegründet 1890 **B.-Baden** *Gegründet 1890*

Mildeste Form der Morphium-Entziehung ohne Zwang und Qualen unter sofortigem Wegfall der Spritze in 4—6 Wochen. Prospekte kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen.)
Bes. u. dirig. Arzt Dr. Arthur Meyer. 2 Aerzte.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(61) 17—11.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT — 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT — zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

СПЕЦІАЛЬНОЕ МЫЛО

для ухода за глазами
продается во всѣхъ
Аптекахъ и Аптекарск. магазинахъ

Главный складъ:
С.-ПЕТЕРБУРГЪ, Гороховая, 33

Горгов. Домъ **„АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ".**

Для Привислянск. и Сѣв.-Западн. Края
ГЕРШОНЪ ЛУРЬИ — ДВИНСКЪ.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY

(62) 17—11

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.
Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts, Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Hôtel und Pension

Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Digitized by Google

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven-** und **Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

Käuflich in allen Apotheken. (51) 25—20.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober.

Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats **Dr. Koeniger.**

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege** (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (99) 10—4.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Airol
Asterol
Sulfosotsirup
Thioeoltabl.
Thioeol

Thigenol

Synthetisches Schwefelpräparat.

Braune dicksirupöse, geruch- und geschmacklose Flüssigkeit.

Leicht resorbierbar, juckreiz- und schmerzlindernd, fleckt nicht die Wäsche.

Glänzend bewährt in der gynaecologischen Praxis und Dermatotherapie.

Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche".

Sulfosotsirup

die idealste Form der Kreosot-Therapie

wegen seiner Billigkeit für die Kassenpraxis geeignet.

Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.

Warnung! Sulfosotsirup ist nur echt wenn jede Flasche mit uns. Firma versehen ist.

Arsylin
Protylin
Brom-Protylin
Eisen-Protylin
Digalen

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY
UNIV. OF MICH.
JAN [illegible]

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 46 St. Petersburg, den 19. November (2.) Dezember. **1905.**

Inhalt: Prof. Dr. L. Kessler: Einfluss der Operationsdauer auf den postoperativen Verlauf. — Hans Adolphi: Bemerkungen zu den Pestfällen im Gebiete der Chinesischen Ost-Bahn. — Bücheranzeigen und Besprechungen: v. Boltenstern: Die Vergiftungen. — Brackebusch: Ueber Bäderschwindel, Raubtierdiät und Patentmedizin. — Prof. Fr. Siebemann: Grundzüge der Anatomie und Pathogenese der Taubstummheit. — Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat. — Tagesnachrichten. — Anzeigen.

Dieser № liegt № 8 u. 9 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.

Einfluss der Operationsdauer auf den postoperativen Verlauf.

(Nach einem auf dem XVI. livländischen Aerztetage in Dorpat 1904 gehaltenen Vortrag.)

Von

Prof. Dr. L. Kessler.

(Schluss.)

Fall V. Fräulein E. B., 36 J. Seit 1½ Jahren rasch gewachsener, kleinknolliger, mässig beweglicher, bis zum Nabel reichender Tumor; nur durchs linke Scheidengewölbe kann man noch einen kleinen unteren Teil des Corp. uteri erkennen, der ganze übrige Ut. ist in die Geschwulst aufgegangen oder eingebettet; die ganze rechte und ein Teil der linken Beckenhälfte ist von einer kleinkindskopfgrossen, prall elastischen, anscheinend intraligamentär entwickelten Cyste (?) ausgefüllt, die den Uterus nach links verdrängt, und der jene kleinknollige Masse über dem Beckeneingang aufsitzt; eine scharfe Abgrenzung beider gegen einander oder zwischen beide einzudringen, gelingt nicht.

Operation 24. April 1895. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Lösung einiger Adhaesionen zeigt es sich, dass der Prozessus vermiformis mit dem grösseren Teil seiner Längsausdehnung in der knolligen Geschwulstmasse drin liegt und zwar so fest von ihr umwachsen, dass an eine stumpfe Auslösung desselben gar nicht zu denken ist. Professor Zoege v. Manteuffel, der zufällig zugegen war, übernahm freundlichst, um mir nochmalige Desinfektion und den Zeitverlust zu ersparen, die Exstirpation desselben. Nach Verschorfung des Lumens des peripheren, im Myom verbliebenen Teiles mit dem Paquelin: Abbindung der Ovarien; dann Auslösung der rechtseitigen oberen Hälfte des intraligamentär entwickelten kleinknolligen Tumors und der von ihm nicht zu isolierenden Cyste — äusserst mühsam; darnach lässt sich die linke Hälfte der Gesamtmasse, in deren unterem Teil die linke Uteruskante frei zugänglich ist, leichter versorgen und die Auslösung des Collum wie üblich bewerkstelligen.

Drainage durch ein vom Douglas aus durch das hintere Scheidengewölbe durch die Scheide nach aussen geführtes fingerdickes Gummirohr (wie auch in sämtlichen früheren Fällen). Beendigung der Operation wie sub Fall I. angegeben. — Dauer der Operation 3¼ Stunden.

Am 1. und 3. Abend 37,0—, am 9. 38,2, im übrigen Rekonvalescenz ausgezeichnet; am 7. Tag Entfernung des Drainrohrs, am 10. der Nähte. Völlige Genesung. — Patientin hat darnach mehrere Jahre einem grossen Haushalt vorgestanden und bekleidet jetzt einen anderen anstrengenden Posten.

Die erwähnte Cyste enthielt ca. ¼ Ltr. einer teerähnlichen Flüssigkeit [18]; die derbe Sackwand hatte eine Dicke

[17]) Für diese, so wie die folgenden 10—12 Operationen ist (ausser für die Bauchhaut (Silk) ausschliesslich Catgut für sämtliche Ligaturen und Suturen verwandt worden; bei den noch späteren gelegentlich, wenn das Catgut nicht genügend zuverlässig erschien, auch wieder Seide.

[18]) Herr Professor Kobert (damals noch in Dorpat) hat die Güte gehabt, dieselbe zu untersuchen und mir sub 3. Mai 1895 darüber folgendes mitzuteilen: «Trotzdem ich mich mit Ihrer braunen Masse sehr lange abgequält habe, kann ich doch nur das folgende aussagen. Meine mündliche Angabe, dass sie mehr Hämoglobin als Blut enthalte, war eine zu voreilige. Bei quantitativer Bestimmung ergab sich, dass die Masse etwa einem Blut entsprach, welches nach Fleischl die Zahl 70 ergeben haben würde (normales Blut = 100 gesetzt). Eine direkte Vergleichung mit Blut am Fleischl'schen Apparate war natürlich nicht möglich, da Ihre Flüssigkeit überhaupt nur Spuren von unverändertem Hämoglobin enthielt. Die Hauptmenge des Blutfarbstoffs war bis zu Haematin zersetzt. Gewöhnliches Methaemoglobin war nicht anwesend, wohl aber eine kleine Menge einer Substanz, die an sich in Wasser unlöslich war, aber durch Zusatz einiger Tropfen Sodalösung in Wasser löslich wurde und Haemoglobinspectrum zeigte. — Theoretisch ist dies sehr interessant, es muss dieser Körper als ein unlöslich gewordenes Methaemoglobin oder Haemoglobin angesehen werden. Ich habe früher einmal in der Naturforscher-Gesellschaft einen Vortrag gehalten, in welchem ich mich dafür aussprach, dass der Organismus in irgend einer unlöslichen, aber durch Alkalien leicht wieder löslich zu machenden Form den Blutfarbstoff aufzuspeichern vermag. Offenbar war hier eine kleine Menge einer solchen Modifikation des Blutfarbstoffes anwesend.

Das anwesende Haematin liess sich leicht in Haemochromogen und Haematoporphyrin überführen. Mikroskopisch sah der Cysteninhalt nicht formlos aus, sondern zeigte neben zerfallenen und intakten Leukocyten zahlreiche braune Schollen von Haematin, welche durch ihre Gestalt noch einigermaassen an rote Blutkörperchen erinnerten. — Eisen war mikroche-

Digitized by Google

von 2—5 mm., zeigte sich mikroskopisch als aus Bindegewebe bestehend, anderweitige charakteristische Formelemente waren in ihr nicht zu finden. Ueber den Ausgangsort oder die Herkunft dieses Blutsackes war nichts Sicheres zu erbringen.

Ein Fall von Blutcyste bei Myomen findet sich auch Centralblatt f. Gyn. 1895, p. 1119.

Dieser Fall bietet ein ganz besonderes Interesse nicht nur in pathologisch-anatomischer Hinsicht durch das ausserordentlich seltene Vorkommnis eines derartigen vollständigen Einschlusses eines grossen Teils des Prozessus vermiformis in ein Uterusmyom, sondern auch in praktischer: hätte man diesen Tumor von der Vagina aus angegriffen, wie das ja von manchen Autoren selbst bei bis über den Nabel hinaufreichenden Tumoren befürwortet worden ist, so würde beim Herunterziehen des Tumors der Processus vermiformis, namentlich bei dem Bestreben möglichst rasch zu operieren, vielleicht abgerissen sein, ehe man ihn bemerkte; oder aber, falls bemerkt, bei seinem geringen Kaliber vielleicht für eine Adhäsion gehalten und stumpf oder scharf durchtrennt oder in eine Klemme gefasst worden sein; in beiden Fällen wäre wohl eine Peritonitis gefolgt.

Eine wirklich exakte, den Angaben der heutigen Chirurgie entsprechende Versorgung der Appendix ist per vaginam doch nicht wohl ausführbar, und wäre, bei noch recht zeitiger Erkenntnis des Tatbestandes, eine sofort angeschlossene Laparotomie wohl die einzige Möglichkeit zur Rettung der Patientin gewesen.

Der Fall ist also höchst instruktiv dadurch, dass er zeigt, an was für mögliche und so wenig zu vermutende Komplikationen man beim Operieren von unten her stets denken und wie sehr aufmerksam und vorsichtig man dabei vorgehen muss, wenn nicht diese so ausgezeichnete und mit Recht hochgerühmte Methode gelegentlich auch schweres Unheil anrichten und dadurch diskreditiert werden soll [14]).

Fall VI. Berk, 39-jährige Estin I gravid., bittet am 26. April 1895 um die ihr vor 3 Monaten bereits von mir wegen mit 3-monatlicher Gravidität komplizierter Myomen des Uterus vorgeschlagene, damals aber von ihr verweigerte Operation; «sie könne seit vielen Wochen trotz beständigen Hungers nicht mehr essen, da jede Nahrungsaufnahme ihr so unerträgliche Schmerzen und Beschwerden bereite, dass sie lieber hungere, als sich diesen aussetze». Die grossgewachsene, sehr kräftig gebaute Person, die vor 3 Monaten sehr wohlgenährt und blühend aussah, ist jetzt hochgradig abgemagert und von sehr elendem Aussehen. — Fundus uteri steht höher als der anzunehmenden Dauer der Schwangerschaft entspricht; nur die untere Hälfte seiner vorderen Fläche ist glatt, die übrige mehr weniger höckerig durch eine Anzahl wallnuss- bis apfelgrosser subseröser und interstitieller Myome; ein viel grösseres in die rechte Seitenkante eingelagertes erstreckt sich vom Tubenwinkel bis in den Beckeneingang hinab; — ein mehr als kindskopfgrosses subseröses geht vom Fundus bis 2 cm. unterhalb des Proc. xiphoïdeus; ein 2. eben solches links bis hinter den Rippenbogen. — (Diese sind es wohl, welche durch Druck auf den Magen etc. die Nahrungsaufnahme unmöglich machen.) Ueber dem linken Scheidengewölbe sind ein paar nussgrosse Knoten zu fühlen, welche im oberen Teil der Cervix zu liegen scheinen.

Operation. 1. Mai 1895. Viele blutreiche Adhäsionen, besonders von den beiden im Epigastrium liegenden subserösen Tumoren ausgehend, erfordern zahlreiche Unterbindungen, ehe diese beiden Knoten abgetragen werden können. — Darnach gelingt die Hervorwälzung der Gesamtmasse. — (Das Bayer-Leopold'sche Symptom spricht mit grösster Wahrscheinlichkeit für Sitz der Placenta in der vorderen Wand). Totalexstirpation in typischer Weise. — Sofort nach der Auslösung des Uterus wird derselbe an der linken Seitenkante aufgeschnitten und der Fötus herausgehoben; er macht noch einige schnappende Atembewegungen; seine Entwickelung entspricht derjenigen am Ende des 6. Monats.

Wider Erwarten ausserordentlich schwierig und zeitraubend war die Durchführung des Drainrohres vom Douglas aus, auf welche ich aber doch gerade in diesem Fall um so weniger verzichten zu dürfen glaubte, als wegen der Schwangerschaftshyperämie des Beckeninhalts in diesem Fall eine ganz besonders starke Sekretion erwartet werden musste: und zwar lag die Erschwerung 1) in der ungewöhnlichen individuellen Tiefe der Douglas'schen Tasche, so dass die bezüglichen Manipulationen sehr tief unten im Becken abspielen mussten; 2) in der durch die Schwangerschaftshyperämie bewirkten grossen Auflockerung und Schlaffheit und dadurch bedingtem Ausweichen und Nachgeben des Beckenbodens und der Vagina gegen die sie perforieren sollenden Instrumente und das Drainrohr. — Dauer der Operation $3\frac{3}{4}$ Stunden. — Nach der Operation nur ein einziges Mal geringes Erbrechen. Rekonvalescenz — nach vorübergehender Temperatursteigerung: am 2. Tage post oper. Abends 38,5; — am 5. Tag 37,7 — an den dazwischen liegenden Tagen und später immer innerhalb der normalen Grenzen — durchaus befriedigend. Sehr reichliche seröse Transsudation durch das Drainrohr abfliessend, namentlich in den ersten Tagen; Entfernung des Rohrs am 7., der Nähte am 12. Tag.

1 Jahr nach der Operation erscheint Patientin wieder — frisch und blühend — nur um zu fragen, warum sie seit der Operation ihre Regel nicht mehr habe?

Präparat: Der an der linken Kante aufgeschnittene Uterus zeigt die Placenta an der vorderen Wand. — Ein Schnitt durch die rechte Uteruskante und das in ihr liegende, vom Fundus bis zum inneren Muttermund sich erstreckende Myom ergiebt hier eine Gesamt-Wandstärke von 8 cm. Aus der Schnittfläche der interstitiellen sowohl als namentlich der grossen subserösen Myome fliesst reichlich gelbliche seröse Flüssigkeit aus. Das Myomgewebe ist hochgradig durchtränkt, in dem grossen gestielten subserösen die Fasern in ihrem Zusammenhang gelockert und gequollen aussehend. An diesen beiden letzteren finden sich an den beiden einander zugekehrten Flächen ein paar nekrotische Flecke von ca. $1\frac{1}{2}$ cm. Durchmesser; die Nekrose erstrekt sich auf ca. $\frac{1}{2}$ cm. in die Tiefe.

Epikrise: Dass ein derartig, wie angegeben, mit Myomen durchsetzer Uterus eine regelmässige und so kräftige Wehentätigkeit, eine zur Austreibung eines ausgetragenen Kindes am Ende der Gravidität bei einer 39-jährigen I para erforderlich ist, geleistet haben würde, darf wohl als ausgeschlossen angesehen werden. Aber nicht darauf hin wurde operiert, sondern auf die durch die Unmöglichkeit auch nur einigermassen genügender Nahrungsaufnahme bereits vorliegende Indicatio vitalis von seiten der Mutter, von welcher freilich nur derjenige den richtigen Eindruck haben kann, der den jammervollen und kläglichen Zustand der Patientin selbst gesehen hat. — Man konnte daran denken, sich mit Abtragung der beiden im Epigastrium liegenden subserösem Myome vom Fund. ut. zu begnügen — aber: mit dem *jetzt* schon das normale Volumen beträchtlich überschreitenden Uterus und seinem Inhalt würden die zahlreichen übrigen Myome rapid sich weiter vergrössert haben, es würde doch über kurz oder lang wieder Raumbeengung und die Notwendigkeit eines zweiten Eingriffes eingetreten sein. Abgesehen davon, dass der Ausgang eines solchen — auch in bezug auf das kindliche Leben — doch nicht absolut sicher war, wurde durch die unglücklichen äusseren Verhältnisse der Patientin es durchaus in Frage gestellt, ob sie eine 2. Operation rechtzeitig ins Werk hätte setzen können.

Fall VII. Frau Dannenb., Wittwe, 46 J. — Mai 1895: Uterusmyom bis 2—3 Fingerbreit unter den Nabel reichend, vielknollig; Patientin derartig ausgeblutet und heruntergekommen, dass jede Operation abgelehnt werden muss. Ausschabung, energische Nachbehandlung mit Jodinjektionen in die Uterushöhle und weiterhin mit Stypticis, Landaufenthalt, gute Ernährung bessern den Zustand einigermassen. Okt. 1895 bis Jan. 1896 wieder profuse, auch durch Cornutininjektionen nicht zu beeinflussende Menorrhagien von 10—14tägiger Dauer, mit nur 12—14tägiger Pause; «Kopfschwindel, Augen trübe». — Als ultimum refugium: Abdominale Totalexstirpation 22. Januar 1896 — im übrigen typisch, nur bei Versorgung des Scheidengewölbes wird behufs Zeitersparnis nach der, wenn ich nicht irre, zuerst von Guérmonprez angegebenen Methode verfahren: nach Abschiebung der Blase und Freilegung des vorderen Scheidengewölbes kleiner sagittaler Einschnitt in dieses von obenher, darauf ein ebensolcher durchs hintere Scheidengewölbe, dann einen Deschamps mit doppeltem Faden durch die Oeffnung im vorderen Scheidengewölbe, durch die Vagina und durch den Einschnitt im hinteren Scheidengewölbe in die Bauchhöhle wieder hinausgeführt, und den einen Faden um's rechte, den anderen um's linke Scheidengewölbe sehr fest geschnürt; dann die Cervix ausgelöst, und wo darnach in der Scheidenperitonealwunde sich etwa noch Blut zeigt, Umstechungen [15]). Indem von vorne herein ganz besondere Sorgfalt auf Vermeidung auch des klein-

misch nicht nachzuweisen, wodurch bewiesen ist, dass die Zersetzung des Blutfarbstoffs in der Cyste nicht über die Stufe des Haematins (nach unten) hinausgegangen ist. (Im Ovarium (im Corp. luteum) so wie in der Placenta geht sie wohl darüber hinaus, indem Haemosiderin entsteht.) — Krystalle irgend welcher Art waren nicht anwesend».

[14]) Das höchst interessante Präparat habe ich gleich nach der Operation behufs genauer Untersuchung dem damaligen Assistenten des pathol.-anatom. Instituts persönlich abgegeben, leider aber nach einiger Zeit erfahren müssen, dass dasselbe dort verloren gegangen sei.

[15]) Von dieser Methode habe ich späterhin noch öfters Gebrauch gemacht. Nachblutungen sind auch bei diesem abgekürzten Verfahren nicht vorgekommen.

Digitized by Google

sten Blutverlustes gelegt wird, gelingt es in der Tat, fast ganz trocken zu operieren. Der Ernährungszustand der Kranken war ein so elender, dass, obgleich sie bei der Operation garkein Blut verloren hatte, sie doch am 3. Tag p. op. einen Decubitus am Kreuzbein bekam. Aetherpneumonie; 2 Stichkanäle eitern. Genesung, und weiterhin vorzügliche Erholung.

Fall VIII. Frau K. 40jährige Nullipara. Sehr schnell gewachsener Tumor, bis 2—3 Fingerbreit unter dem Nabel (vor 1½ Jahren bei wiederholten Untersuchungen von einem Tumor nichts zu finden gewesen), mehr in der rechten Seite des Unterleibes liegend, anscheinend nur mässig beweglich. Untersuchung durch hochgradige Adipositas und Spannung der Bauchdecken ausserordentlich erschwert. Leider liess ich mich von meiner ursprünglich gestellten Diagnose: Rechtseitig intraligamentär entwickeltes Uterusmyom — durch einen Kollegen abbringen und mich bereden, seiner Annahme eines Ovarintumors, für die ja auch manches zu sprechen schien, beizupflichten; daher auch Präparation wie für Ovariotomie, keine rigorose Desinfektion der Vagina. — Operation 8. März 1896. Die Eröffnung der Bauchhöhle erwies die Richtigkeit meiner ursprünglichen Diagnose. Zugänglichkeit durch die Dicke (die Fettschicht allein 7—8 cm. dick) und Spannung der Bauchdecken im höchsten Grade erschwert; um, nach Auslösung des Tumors aus dem Ligament, die Versorgung des Scheidengewölbes überhaupt zu ermöglichen, muss der Tumor resp. der Uterus in der Höhe des inneren Muttermundes abgetragen werden. Nach Entfernung der Cervix und Hineinziehung der Ligamentstümpfe in die Vagina füllen diese die Wunde im Scheidengrunde so vollständig aus und legt sich das mit ihnen hinabgezogene Peritoneum in der Tiefe des dadurch gebildeten Trichters von allen Seiten so gut aneinander und gleichen die Verhältnisse hier so sehr denjenigen nach einer vaginalen Totalexstirpation, dass von der in den bisherigen Fällen stets ausgeführten Vernähung des vorderen und hinteren Beckenperitoneums oberhalb der Stümpfe und der Scheidenperitonealwunde in diesem Fall gänzlich Abstand genommen und nur ein dünner Jodoformgazestreifen von oben her zwischen den Stümpfen hindurch in die Scheide hinabgeschoben wird. Das obere Ende dieses Streifens wird in den Douglas hinabgebogen, um diesen nach der Vagina hin zu drainiren. — Schluss der Bauchwunde. — Bauchdeckenabszess im unteren Drittel der Wunde, — wahrscheinlich durch Fettnekrose infolge zu starken Schnürens einiger der dort liegenden die Haut und die Fettschicht in ihrer ganzen Dicke umfassenden Nähte. — Dadurch verzögerte aber schliesslich die vollständige Genesung.

Fall IX. Baronesse N. N., 54 Jahr. Vor 12 Jahren zeitweilige Harnverhaltung, allem Anschein nach infolge eines das kleine Becken ziemlich ausfüllenden Myoms, welche eine Zeitlang regelmässiges Katheterisieren erforderlich machte. Als der rasch wachsende Tumor in's grosse Becken aufstieg, cessierten die Urinbeschwerden; darauf längere Behandlung mit den damals üblichen Ergotininjektionen, — ohne merklichen Erfolg. Vor einigen Jahren hat Pat. sich einer Kropfexstirpation unterzogen mit günstiger Wirkung bezüglich der vorhanden gewesenen Atembeschwerden; da letztere sich jetzt wieder gesteigert haben, ist der Patientin dringend von ihrem Arzt geraten worden, das inzwischen bedeutend grösser gewordene und die Respiration noch mehr erschwerende Myom entfernen zu lassen. Durchweg solider Tumor annähernd von der Form des schwangeren Uterus, 9 cm. über den Nabel hinaufreichend; — Uterus vollständig in den Tumor aufgegangen, auch der supravaginale Teil des Collum ist in denselben mit einbezogen (supravaginale Amputation dadurch ausgeschlossen).

Totalexstirpation 11. März 1896. Aehnliche Erschwerung der Operation durch Adipositas wie in Fall VIII, so wie durch bestehende Virginität und Enge der Vagina. Nach Auslösung des Tumors resp. Collum's und Hineinziehung der Stümpfe in d. Vag. gestalten sich die Verhältnisse des Peritoneums ganz ebenso wie im Fall VIII und wird daher auch hier eine Vernähung des Peritoneums über den Stümpfen unterlassen. — Vor dem völligen Schluss der Bauchwunde wird nach exakter Vereinigung von Peritoneum und Fascie mit Katgutknopfnähten die 8 cm. dicke Fettschicht durch reichliche Resektion angefrischt, und in Haut und Fettschicht nur 5 Silksuturen gelegt, welche, von der Haut aus eingestochen, nur die äussere Hälfte der Fettschicht umfassen, die über der Fascie liegende tiefere Hälfte der letzteren erhält garkeine Naht, sondern wird nur durch den ersten Bindenverband mit ihren Wundflächen zur Vereinigung gebracht. — Operationsdauer ca. 3 Stunden.

Idealer Verlauf post operat.; kein Erbrechen; schon an dem dem Operationstag folgenden Morgen absolutes subjektives Wohlbefinden, Patientin erklärt, sich in ihrem Leben nie wohler gefühlt zu haben und verspeist mit bestem Appetit das erbetene Ei, Schinken etc. — Höchste Temperatur 37,6, am Abend des Operationstages. Ideale Verheilung der Bauchwunde, welche von 2 Fingerbreit über dem Nabel bis 2 Fingerbreit über der Symphyse reicht.

Fall X. Baronesse X., 52 Jahr. Gross von Wuchs. Ganz ähnliche Verhältnisse wie Fall IX; Fettschicht gleichfalls 8 cm., Tumor bis Mitte zwischen Nabel und Proc. xiphoideus. Die Zugänglichkeit zum Collum ausserdem noch erschwert durch einen grossen, aus dem unteren Teil der hinteren Wand prominierenden Knoten, daher Abtragung des Uterus über dem inneren Muttermund, darauf Versorgung des Scheidengewölbes durch partienweise Abbindung (cf. Fall I); im übrigen (auch inbezug der Bauchnaht) ebenso wie in Fall IX. — Durch Stichkanaleiterung erhöhte Abendtemperaturen vom 7.—11. Tage: 37,8; 37,9; 38,4; 38,2; 37,8; — von da ab normaler Verlauf.

Fall XI. Anna Räng, 32 J., Estin, ledig. Tumor bis Nabelhöhe. Operation 22. Januar 1897, — wie sub Fall I angegeben. — Vom 2.—4. Tag post. op. Temperatursteigerungen Abends 37,0—38,4 bei Puls 86 (Resorptionsfieber); am 16. und 17. Tag 38,0; 21—27 Tag 38,0 bis 38,4; am 23. 38,7 — Nephritis, behandelt mit Schwitzbett, Milchdiät etc. rasche Besserung; vom 28. Tag an normale Temperaturen. Genesung.

Fall XII. Frau Baumann, 50 Jahr. 4 Kinder von 32—21 Jahren. Menses von Jugend auf stark gewesen, jetzt immer 1 Woche und länger dauernd, sehr profus; die letzte 10tägig. — Sehr hartes Myom, bis an den Nabel reichend, Querdurchmesser 10—11 cm.; Schleimhautpolyp im os ext. Die Operation — 3. März 1897 — bietet nichts besonderes. Glatte Rekonvalescenz, — höchste Temperatur 37,6.

Fall XIII. Ello Kask, Estin, 46 Jahr. Knolliger Tumor bis 3 Finger breit über dem Nabel. Totalexstirpation 17. März 1897. Temperaturen: am Operationstagsabend 37,2.

Am 1. Tag post. op. 37,7—38,2.
» 2. » » » 37,3—38,1.
» 3. » » » 37,3—37,9.
» 4. » » » 37,4—37,8.
» 5. » » » 37,5—37,4 — von da ab (ausser am 22. Tage, wo noch einmal 37,7) normale Temperaturen. Am 2. Tage ein diffuses, Urticariaquaddeln ähnliches Exanthem, am 3. Tage ist dasselbe nur in den Supraclaviculargruben und an den Streckseiten der Extremitäten noch vorhanden; am 4. Tage nichts mehr davon vorhanden. Ueber die Natur dieses Exanthems war nicht in's klare zu kommen; ein konsultierter Kollege wusste es auch nicht zu rubrizieren; mit septischem Exanthem hatte es keine Aehnlichkeit. Genesung.

Fall XIV. Fräulein Schmidt, 46 Jahr, Ausländerin. Bis unter den Rippenbogen reichender, gleichmässig solider, wenig knolliger Tumor. Totalexstirpation 18. März 1897 — ohne besondere Schwierigkeiten. Höchste Temperatur 37,9 am 4. Abend, und 37,8 am 20., 21. und 22. Abend — ohne nachweisbare Ursache. Glatte Rekonvalescenz; Entlassung am 25. Tage.

Fall XV. Hammer, 43 Jahr. Seit 2 Jahren ist der Leib gross und hart geworden; Menses in letzter Zeit bisweilen schon nach 1wöchentlicher Pause. Ausgesprochenes Krankheitsgefühl. Tumor bis in die Mitte zwischen Nabel und Herzgrube reichend, hart, nur ein dem Fundus aufsitzender subseröser Knoten ist weich. — Den 1. April 1897 schwierige Operation: um Raum zu gewinnen, wird ein faustgrosser Knollen aus dem Tumor enukleiert, trotzdem muss aber doch, um das Laquear zu versorgen, der Tumor (nach Anlegung einer Gummiligatur) über dem inneren Muttermund abgetragen werden, um das Collum auslösen zu können. Vollkommen reaktionsloser Verlauf post op., — Entlassung am 28. Tag.

Fall XVI. Andersen.

Fall XVII. Frau H., 32 Jahr, aus Riga. Seit vielen Jahren schon ganz unregelmässige Blutungen, Januar—März 1898 jedesmal vor dem Eintritt der Menses Fieber bis zu 40°; darnach nach einer Strapaze 8 Wochen lang continuierliche Blutung, und von da ab überragen die Blutungstage die Zahl der blutfreien Tage.

Sehr derbes, kindskopfgrosses, aus der rechten Uterus- und der oberen Hälfte der rechten Cervixkante hervorgegangenes intraligamentär entwickeltes Myom; ein paar kleinere in der Uterussubstanz, deren 2 in der linken Seite dicht über dem Scheidengewölbe. — Aus dem Uterus blutet es ununterbrochen, von Zeit zu Zeit entleeren sich grosse Gerinnsel. Extreme Anämie, Patientin ist so geschwächt, dass sie schon beim Aufsitzen im Bett Schwindel, beim Aufstehen Ohnmachten bekommt. Ein Versuch, wenigstens einige Tage die Blutungen zum Stehen zu bringen, um die Patientin wieder etwas zu Kräften zu bringen, misslingt, da trotz Cornutininjektion und einer so festen Scheidentamponade, wie sie eben noch vertragen werden kann, es doch durch diese hindurch blutet.

Totalexstirpation, Februar 1899: per vaginam Umschneidung und Auslösung der Cervix möglichst hoch hinauf, Ab-

Digitized by Google

schiebung der Blase, Eröffnung des Douglas, Unterbindung der Uterina links (rechts ist dieselbe des hindernden grossen Tumors wegen nicht ausführbar). Nach möglichst schneller Umlagerung der Patientin macht Kollege Zoege, während ich mich desinfiziere, sofort die Fortsetzung der Operation per laparotomiam; Auslösung des intraligamentären Myom's ausserordentlich schwierig, viele Umstechungen und Unterbindungen im Geschwulstbett erforderlich: darnach die Auslösung des Uterus aus seinen Verbindungen, nach der Vorarbeit von der Vagina aus, leicht. Operationsdauer etwas über 3 Stunden. Reaktionsloser Verlauf post op.; der vorher vollkommen fehlende Appetit stellt sich ein und wird bald recht stark, und Patientin erholt sich vorzüglich. — Nach brieflicher Nachricht vom Oktober 1901 geht es Patientin ausgezeichnet.

In den folgenden Jahren habe ich dann, während ich im Fall der Wahl mich mehr der supravaginalen Amputation und wo möglich, dem vaginalen Wege zuwandte, noch in 11 Fällen die abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus ausgeführt, — sämtlich mit günstigem Erfolg. Dauer dieser Operationen $2^3/_4$—$1^3/_4$ Stunden. Da dieselben, ebenso wie Fall XVI, keinerlei allgemeiner interessierende Besonderheiten aufwiesen, so kann die detaillierte Mitteilung derselben hier unterbleiben.

Es sind also im ganzen 28 Fälle von abdominaler wirklicher Totalexstirpation («Panhysteromyomektomie»; also mit Ausschluss der Fälle von supravaginaler Amputation), über die ich verfüge. In einem einzigen von ihnen ist exitus letalis eingetreten — wie schon aus dem Referat ersichtlich, vollkommen unabhängig von der Operation; denn das Blutbrechen, mithin zweifelsohne auch der Durchbruch vom nekrotischen Pankreas aus ins Duodenum war schon vor der Operation vorhanden und durch diesen Krankheitskomplex, an welchen zu denken vor der Myomoperation gar kein Grund vorlag, musste die Kranke dem Tode verfallen, ganz gleich ob die Myomoperation gemacht wurde oder nicht. Dieser Fall kann daher, da der Sektionsbefund im Bereich des Operationsterrains und die postoperativen Temperaturen keine Notwendigkeit eines ungünstigen Ausganges ergaben, füglich aus der Serie ausgeschieden werden.

Alle übrigen 27 Fälle sind geheilt, die meisten ohne jegliche Temperatursteigerungen einige sogar in ganz auffallend und zum Teil unerwartet günstiger Rekonvalescenz.

Diese Tatsache wird für die in der uns hier beschäftigenden Frage zu ziehende Schlussfolgerung noch mehr ins Gewicht fallen, wenn ich eine Reihe von Umständen erwähne, unter denen diese Operationen ausgeführt wurden, welche zweifellos als diese und den postoperativen Verlauf ungünstig beeinflussend angesehen zu werden pflegen:

1) waren es die ersten abdominalen Totalexstirpationen, die ich überhaupt gemacht habe. Es ist bekannt, wie sehr es für den glatten Operationsverlauf in die Wagschale fällt, ob man in eine Operat. sich eingearbeitet hat, oder nur erst die ersten Versuche mit einer doch so komplizierten und als schwierig anerkannten macht.

2) habe ich immer nur Assistenz gehabt, welche diese Operation früher anderweitig nie hatte machen sehen, und zum Teil auf Assistenz bei Laparotomien überhaupt wenig geübt war; ausserdem fand in der Zeit dieser Serie mehrfach (jährlich) Wechsel der Assistenten statt [16]. Auch beste Operateure legen aber Gewicht auf möglichste Konstanz der Assistenz bei Laparotomien [17], wodurch nicht nur die Operation erleichtert und wesentlich abgekürzt, sondern auch grössere Sicherheit bezüglich Wahrung der Asepsis geboten wird.

3) wurden sämtliche Fälle von Myom, welche in dem resp. Zeitraum sich präsentierten, zur Operation angenommen ohne Auswahl und ohne Rücksicht auf etwa zu erwartende besondere Schwierigkeiten oder extremes Ausgeblutetsein und elenden Ernährungszustand. (Cf. Fall III. IV. VI. VII. XVII).

4) mussten ca. $^2/_3$ dieser Operationen im hiesigen Stadthospital (welches erst seit 2 Jahren ein besonderes Zimmer für aseptische Operationen besitzt), gemacht werden in einem sog. «Operationssaal», in welchem Tag für Tag alle, auch die unreinsten chirurgischen Eingriffe nicht nur, sondern auch die ganze, ausschliesslich aus den ärmeren und ärmsten Bevölkerungsschichten sich rekrutierende chirurgische Ambulanz absolviert, so wie die sämtlichen, auch die stinkendsten Verbände der ganzen chirurgischen Abteilung gewechselt wurden. Auch konnte dieser Raum während der Operationen dem Einund Ausgehen des Hofpersonals nicht gesperrt werden.

5) Es ist Ihnen wohl bekannt, mit welcher Sorgfalt, um nicht zu sagen Aengstlichkeit — sofort nach Entwickelung des Tumors die Bauchhöhle oberhalb desselben provisorisch wieder geschlossen wird wegen der vom langen Offensein der Bauchhöhle gefürchteten Schädigungen. Die sub 1 und 2 erwähnten Momente erlaubten mir nicht, diese Rücksicht zu nehmen, nötigten mich vielmehr, behufs sichereren Operierens und auch schon, um den weniger geübten Assistenten die Hülfeleistung zu erleichtern, vor allem zur möglichsten Freilegung des Operationsterrains durch ausgiebigen Gebrauch der Fritsch'schen Bauchdeckenhalter, namentlich auch des grossen für den unteren Wundwinkel.

6) Dabei waren wir gezwungen, stets bei gewöhnlicher Zimmertemperatur (13—15° R.) zu operieren, da namentlich im Winter eine höhere Erwärmung des Lokals unmöglich war und bisweilen selbst die genannte Gradzahl nur durch Verbrennen von Alkohol oder Aether in grossen Schalen erreicht wurde. — Dazu kommt endlich

7) Die lange Operationsdauer, anfangs von 3—$3^3/_4$ Stunden, später ca. 2 Stunden; bedingt war diese durch: anfangs mangelnde eigne Uebung; ungeübte Assistenz; die von allen möglichen am meisten zeitraubende Operationsmethode (so bei Fall I.), die ich aber wegen ihrer grossen Sicherheit bezüglich der Blutsparung und Blutstillung nicht aufgeben mochte. — Richelot sagt (l. c. p. 10): «La vérité est, qu' une opération trop longue a beaucoup de chances d'être mauvaise» und Herff bezeichnet als die Gefahr des Chocs involvierende «im allgemeinen» solche, welche «2 Stunden und mehr» dauern.

M. H.! Wenn bei einer so langen Operationsdauer [18], bei der doch der Einwirkung aller der früher schon genannten von den Autoren ihr zugeschriebenen Schädlichkeiten, namentlich auch durch das so lange Offensein der Bauchhöhle unter den geschilderten Verhältnissen in solchem Mass Tür und Tor geöffnet war, dennoch obige Resultate erzielt wurden, so darf man daraus doch wohl den Schluss jedenfalls ziehen, dass lange Operationsdauer an sich, als solche, einen ungünstigen Einfluss nicht zu haben braucht.

Auch die Behauptung, dass schon 2-stündige Operationsdauer die Gefahr des Choc involviere, hat sich bei uns nicht bewahrheitet — trotz des miserablen Ernäh-

[16]) Aus Unterrichtsrücksichten, um möglichst vielen jungen Aerzten Gelegenheit zu geben, sich in Chirurgie und Gynäkologie etwas einzuarbeiten.

[17]) cf. Küstner, O.: Zur abdominalen Myomotomie. Berliner Klinik, 1898. Heft 125.

[18]) Obendrein liegt der grössere Teil dieser Serie 8—10 Jahre zurück.

Digitized by Google

rungszustandes mancher unserer Patientinen.[19]); ja ich halte es sogar noch für eine diskutable Frage, ob nicht «Choc» eher provoziert werden könnte durch das brüske (sit venia verbo) Herauseskamotieren eines «enormen Tumors» aus der Bauchhöhle in 75 Sekunden, als wenn man der Cirkulation und dem Herzen die erforderliche Zeit lässt, den veränderten Verhältnissen sich zu accommodieren. — Und wo bleibt bei einem solchen überstürzten Vorgehen das Individualisieren, wo die exakte Blutstillung etc.! Selbst einem so hervorragenden Operateur wie Doyen passierte es, dass nach der in Amsterdam uns vorgemachten Totalexstirpation, bei der er doch sicherheitshalber sogar mit dem Angiothryptor Rinnen für die Ligamentligaturen vorgequetscht hatte, am Nachmittag die Bauchhöhle wieder geöffnet werden musste, um eine Nachblutung zu stillen.

Günstige Ausgänge bei sehr langer Operationsdauer finden sich übrigens auch hie und da in der Literatur: z. B. Bogajewskis Patientinnen genasen sämtlich trotz — «infolge der Unvollkommenheit der Technik» — 4-stündiger Operationsdauer; besonders interessant aber ist eine Mitteilung des bekannten französischen Gynäkologen Segond: unter 66 vaginalen Totalexstirpationen 7 Todesfälle; in diesen hatte bei 3 die Operation mehr als 3 Stunden gedauert, bei 4 von den überlebenden aber 5 Stunden!

Ich glaube, dass man die etwaigen Nachteile langer Operationsdauer überkompensieren kann durch

1) denkbar strengste Einhaltung der Asepsis;

2) sorgfältigste Vermeidung von Blutverlust (präventive Gefässversorgung);

3) Trockenheit des Operierens (um Maltraitage durch vieles Tupfen zu vermeiden);

4) exakteste Blutstillung;

5) Trockenerhalten resp. bleiben des Operationsgebietes auch nach der Operation; zu diesem Zweck

a) speziell bei der Totalexstirpation: Kettenligaturen der Ligamente;

b) Aethernarkose.

Chloroform schwächt bekanntlich die Energie des Herzens während seiner Wirkung ist die Triebkraft des Herzens herabgesetzt, manches nicht sicher oder überhaupt nicht unterbundene Gefässchen blutet daher in Chloroformnarkose nicht, trocken wird die Wunde resp. Bauchhöhle geschlossen; schwindet die Chloroformwirkung, fallen mit der jetzt wieder steigenden Triebkraft des Herzens noch Würg- und Brechbewegungen zusammen, so kann ein solches Gefässchen nachsickern und die verhängnissvolle Blutlache ist da. — Umgekehrt beim Aether: erhöhte Triebkraft des Herzens während seiner Wirkung resp. der Operation; ist bei Beendigung der letzteren alles trocken, so wird nach derselben beim Schwinden der Aetherwirkung und der durch sie gesetzt gewesenen künstlichen Steigerung des Herzimpulses eine Nachblutung resp. ein Nachsickern nicht zu erwarten sein[20]). — Wir haben daher stets Aethernarkosen angewendet.

M. H.! Ich denke, dass niemand mich dahin missverstanden haben wird, als ob ich prinzipiell für langsames Operieren plaidieren wollte. Wer eine Operation gleich gut in kürzerer Zeit machen kann, hat selbstverständlich klare Vorteile auf seiner Seite. Ich habe nur zeigen wollen, dass auch mit langsamem vorsichtigem Operieren den Kranken ebenso sehr genützt werden kann. Das schnelle und elegante Operieren ist eben nicht jedem gegeben, «la dexterité est variable à l'infini; les uns l'ont en naissant, d'autres ne l'auront jamais; la plupart l'acquièrent et la developpent sans cesse». — (Richelot l. c.).

M. H.! Ich würde mich freuen, wenn das Mitgeteilte dem einen oder anderen unter den Kollegen, welcher durch seine Stellung — etwa als Landarzt, als einziger in einem grossen arztlosen Umkreise — in die Zwangslage versetzt ist, operieren zu müssen, vielleicht ohne besondere Beanlagung dafür, ohne Vorschule und obendrein unter mancherlei äusserlichen Erschwerungen — ermutigend wäre; denn während in der Tat die Befähigung zum Eleganoperieren stets mehr weniger angeboren sein wird, lassen sich die zu einem glücklichen Ausgang der Operation wesentlichen Erfordernisse von jedem erlernen, — und zwar, wofern nur die ja allgemein bekannten Kardinalgesetze des modernen Operierens gewissenhaft eingehalten werden — wie meine Fälle zeigen: erlernen, ohne dass auch nur eine einzige der Kranken das Lehrgeld dafür zu zahlen hätte.

Bemerkungen zu den Pestfällen im Gebiete der Chinesischen Ost-Bahn.

Von
Hans Adolphi, Bahnarzt.
Stat. Mandschuria.

Der Beginn des grossen Rückstromes aus dem Fernen Osten steht unmittelbar bevor, da dürfte wohl die Nachricht vom plötzlichen Auftreten der Pest an der Bahnlinie auch in Europa Erregung hervorgerufen haben, und es wird den Leser dieser Wochenschrift interessieren, Näheres über die gottlob im Keime erstickte Epidemie zu hören.

Um den 15. August erkrankte in einer Privatansiedelung neben den der Chines. Ost-Bahn gehörigen Kohlengruben «Dalainor» (3 Werst westlich von der gleichnamigen Bahnstation) ein Kosak Namens Koslow und starb nach einigen Tagen. Von seinen Miteinwohnern erkrankten hintereinander und starben weitere 5 Personen. Vier Bewohner einer anderen Hütte, die vielfach die Kranken der ersten Hütte besucht hatten, erkrankten gleichfalls und starben. Ferner erkrankten und starben noch 2 Bewohner einer dritten Hütte in derselben Ansiedelung. Von diesen elf Patienten starben die beiden letzten am 9. resp. am 11. Sept. in ärztlicher Behandlung. In welchem Masse die ersten 9 Patienten ärztliche Hilfe beansprucht haben, resp. wie weit sie ärztlich beobachtet worden, entzieht sich unserer Kenntnis, da der örtliche Arzt inzwischen auf Urlaub verreiste.

Am 9. Sept. abends sah sich der stellvertretende örtl. Arzt genötigt, wegen dringenden Verdachtes, es handle sich um Pest, die Angelegenheit telegraphisch nach Charbin zu melden. Am 12. traf der Dirigierende der Bahn und eine ärztliche Kommission in Dalainor ein. Die Diagnose Pest wurde bakteriologisch festgestellt. In allen Fällen handelte es sich, soweit sich das nachträglich feststellen liess, um die Drüsen- oder Bubonenpest.

Sämtliche Einwohner (152 Personen) der Privatansiedelung wurden einer ärztlichen Besichtigung unterworfen, notiert und militärisch bewacht. Hierbei erwies es sich, dass die Wittwe des Koslow, sowie ein Arbeiter, unbekannt wohin, verschwunden waren. In der Folge stellte es sich heraus, dass die Koslowa in das Dorf Klitschki (in Transbaikalien, etwa 100 Werst nördlich von der Bahnlinie) gegangen war. Dort ist auch sie an der Pest erkrankt und hat eine kleine Epidemie veranlasst, die

[19]) Auch Ileus ist keinmal vorgekommen.

[20]) Nachträglich habe ich in einer Arbeit Zoege v. Manteuffels denselben Gedankengang gefunden.

Digitized by Google

um den 1. Oktober zur Anzeige kam. Näheres über diesen neuen Herd ist mir nicht bekannt. Ich weiss nur, dass auch dort strenge Quarantänemassregeln gehandhabt wurden, oder vielleicht noch werden.

Die oben erwähnten 152 Personen der Ansiedelung wurden desinfiziert, frisch eingekleidet und in heizbaren Warenwaggons einer Quarantäne unterzogen. Von ihnen erkrankte am 2. Tage noch einer und hiermit kam die Epidemie in Dalainor zum Stillstand. Die Ansiedelung aber, bestehend aus 27 Hütten, wurde zusammen mit dem gesamten beweglichen Gut der Leute den Flammen übergeben. Für die Verluste des Privateigentums kam die Chines. Ost-Bahn in der generösesten Weise auf und bezahlte gegen 40 Tausend Rbl. Ausserdem wurde über ganz Dalainor Quarantäne verhängt; die Züge liefen durch die Station, ohne dort anzuhalten.

Auf der Station Mandschuria ist nur ein einwandfreier Pestfall beobachtet worden. Der Patient, eine Privatperson, einfacher Arbeiter, konsultierte mich am 10. Sept.: hochgradige Prostration, kann sich nicht auf den Füssen halten, krank seit 2 Tagen, Temp. 39,6, Leistengegend frei, geringe Schwellung in beiden Achselhöhlen.

Am Tage zuvor war ich zufälliger Weise in Dalai nor gewesen und dort hatte mir der Kollege die Leiche von Nr. 10 und den Patienten Nr. 11 gezeigt; wohl nur diesem Umstand hatte ich es zu verdanken, dass ich meinen Fall für pestverdächtig ansah und das Nötige veranlasste.

Am 13. starb der Mann in bewusstlosem Zustande. Am 14. traf die ärztliche Kommission aus Dalainor bei uns ein. Pestbazillen wurden im Blut des Verstorbenen nachgewiesen und sofort die strengsten Massregeln ergriffen. Die Krankenhausbaracke, in der der Pestkranke gelegen, wurde zusammen mit der Leiche und dem gesamten Inventar sofort den Flammen übergeben. Alle Personen aber, die mit dem Kranken in nähere Berührung gekommen waren, wurden in der Quarantänestation unter militärischer Bewachung und ärztlicher Beobachtung gehalten. Desgleichen wurde über die Wohnung, in der unser Patient erkrankt war und die ersten zwei Tage gelegen hatte, nebst deren Insassen Quarantäne verhängt. Ferner Quarantäne der ganzen Station Mandschuria, die nur auf ärztliches Zeugnis hin passiert werden konnte, Begleitung aller Passagierzüge durch Militärärzte und schliesslich ärztliche Besichtigung aller Einwohner der Station Mandschuria, soweit sie nicht in Diensten der Bahn stehen.

Soviel über den Gang der Epidemie. Was nun den Charakter derselben anbelangt, so ist die Tendenz, sich nur langsam und unmittelbar von Person zu Person auszubreiten, unverkennbar. Wenn auch der Zusammenhang unseres Falles (Stat. Mandschuria) mit den Dalainor'schen nicht sicher erwiesen ist, so ist doch ein solcher als höchst wahrscheinlich anzusehen (der Mann soll kurz vor seiner Erkrankung in Dalainor gewesen sein). Jedenfalls ist eine ausserhalb der Erkrankten liegende lokale Ursache (Pest der Nagetiere) wohl ziemlich sicher ausgeschlossen.

In Dalainor haben unter einer aus über 1½ Hundert Menschen bestehenden, eng und unter den miserabelsten hygienischen Verhältnissen wohnenden Bevölkerung im Laufe von 4 Wochen, während welcher Zeit nicht die geringsten Vorsichtsmassregeln ergriffen wurden, doch nur elf Infektionen stattgefunden. In die nur einige hundert Schritt weiter liegende Kronsansiedelung mit einer Bevölkerung von mindestens 6000 Personen ist die Pest nicht hinübergedrungen. Vor allem, und dieser Umstand fällt für die Zukunft schwer ins Gewicht, ist ein grösseres Sterben in unserer Gegend unter den hier in Massen hausenden Murmeltieren in keiner Weise bemerkt worden. Allerdings haben diese Nagetiere, die analog den Ratten wohl mit Recht als Träger und Verbreiter der Pest angesehen werden, zwischen dem 20. und 25. Sept., als hier die rauhe Witterung begann, sich zum Winterschlaf in ihre Erdhöhlen zurückgezogen, konnten also nach den alarmierenden Pestfällen nicht mehr beobachtet werden.

Von höchstem Interesse ist natürlich die Frage, wo der erste Fall (Koslow) sich die Erkrankung zugezogen hat. Zunächst konnte nur eruiert werden, dass Koslow sich den Sommer über damit beschäftigt habe, südlich von der Bahnlinie in der mongolischen Steppe Heu zu machen, dieses führte er dann nach Dalainor oder Mandschuria zum Verkauf und begab sich dann immer wieder zurück in die Steppe. Die Quelle der Infektion war also unter den nomadisierenden Mongolen zu suchen, doch gelang es den in die fragliche Gegend abdelegierten Aerzten nicht, einen Pestfall unter den Mongolen zu finden.

Später wurden folgende interessante Einzelheiten bekannt. In der Gegend von Zuruchaitui (Kosakendorf am Argun, 120 Werst nördlich von der Südostecke Transbaikaliens und mithin auch ungefähr ebenso weit von der Station Dalainor, die nur 5 Werst südlich von der russischen Grenze liegt) wurde in diesem Sommer ein grösseres Sterben unter den Murmeltieren (тарбаганы) beobachtet; mehr als 12 Mongolen, die das Fleisch dieser gefallenen Tiere assen, starben gleichfalls. Daraufhin verliessen die Mongolen die Gegend und zogen mit ihren Herden nach Süden an den sog. Мутной Протокъ, in die Gegend des Dalainor-See's, wo auch Koslow sein Heu machte.

Der Zusammenhang der Epidemie unter den Murmeltieren in der Zuruchaitui'schen Gegend und der Epidemie unter den Leuten in Dalai nor erscheint durchaus wahrscheinlich. Und damit tritt an die massgebenden Persönlichkeiten die dringende Pflicht heran, im nächsten Frühling die Murmeltiere, die zu vielen Millionen Transbaikalien, soweit es bergiges Steppenland ist, und die angrenzende Steppe der Mandschurei und Mongolei bevölkern, einer strengen Beobachtung zu unterziehen und eventuell Massregeln zu ergreifen, um einer Epidemie unter diesen Nagetieren mit aller Energie entgegenzutreten.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

v. Boltenstern: Die Vergiftungen. Mediz. Bibliothek Nr. 166—170. Leipzig. Naumann. Preis M. 2.50.

Vorliegendes Kompendium scheint recht geeignet für den praktischen Arzt zur schnellen Orientierung über Haupterscheinungen und Therapie der üblichen Vergiftungen.

In komplizierten Fällen wird man doch wohl meist eines der grösseren Lehrbücher vorziehen, besonders da B. nicht überall die neueren wissenschaftlichen Ergebnisse berücksichtigt. So wäre bei Besprechung der Bleivergiftung durchaus das Symptom der basophilen Erythrocytenkörnung zu erwähnen. Ferner lässt sich durchaus nicht mit Sicherheit sagen, dass das Blei bei Jodkaligebrauch «schnell im Harn ausgeschieden» wird. Versuche, die kürzlich von Oswald in Zürich angestellt wurden, haben keine beschleunigte Ausscheidung ergeben, so dass vorläufig die Art der Jodwirkung noch unaufgeklärt ist.

Der Hauptvorzug des Büchleins besteht in seinem billigen Preise.

O. Moritz.

Digitized by Google

Brackebusch: Ueber Bäderschwindel, Raubtierdiät und Patentmedizin. 1905. Rostock. Volckmann.

Titel und Ton der Broschüre erinnern an den «Arizona Kicker». Die zum Teil sehr richtigen Ausführungen des Verf. über die Schädlichkeit einer einseitigen Fleischdiät, den Alkalimangel in unserer gewöhnlichen Nahrung etc. würden in einer anderen Form dem medizinischen Leser serviert, sicher einen angenehmeren Eindruck hinterlassen, als bei dem nervös-gereizten Grundton der kleinen Schrift. Verblüffend einfach ist die ganze Diabetesfrage vom Verf. gelöst und es bedarf wohl kaum seiner Bemerkung (S. 36), dass er nicht Mediziner ist. Das In- die- Welt- setzen solcher Columbuseier ist ja meist den Leuten vorbehalten, deren Urteil nicht durch Sachkenntnis getrübt wird.

Wichert.

Prof. Fr. **Siebenmann**: Grundzüge der Anatomie und Pathogenese der Taubstummheit. Wiesbaden, Verlag von I. F. Bergmann, 1904.

Auf Grund des Obduktionsmateriales, welches im Laufe der Zeit in der Literatur sich angesammelt hatte, bespricht Verf. zunächst die Anatomie der erworbenen Taubstummheit durch 1. Meningitis, 2. Scharlach, 3. Masern, darauf 4. Traumatische Taubstummheit, 5. Taubstummheit nach Mittelohreiterung, 6. infolge hereditärer Syphilis, 7. nach Osteomyelitis, 8. Mumps, 9. Diphtherie, 10. Typhus, Tussis convulsiva, Pneumonie, Influenza, Variola und Varicellen.

Eine eingehende Besprechung findet darauf die Anatomie der angeborenen Taubstummheit, bei der Verf. zwei Gruppen unterscheidet: Angeborene Taubstummheit ohne atresia congenita und mit atresia congenita. Im IV. Kapitel wird die endemische (kretinische) Taubstummheit, im V. — das Ohr nicht betreffende pathologisch-anatomische Veränderungen bei Taubstummheit besprochen. Das VI. Kapitel ist der Beschreibung der Sektionstechnik des Taubstummenohres und des vom Verf. geübten mikroskopischen Verfahrens gewidmet.

Die Anordnung des mit grosser Mühe gesammelten Materiales ist eine sehr übersichtliche, die Darstellung des Werkes — eine klare und auch für den Nichtspezialisten leicht verständliche. Die Lektüre desselben bereitet grossen Genuss durch seine wissenschaftliche Exaktheit und wird auch der Praxis Nutzen bringen.

A. Sacher.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 8. Dezember 1904.

Herr **Graubner** hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber Appendicitis**».

Redner berichtet über 61 Fälle von Appendicitis, die in der Mellinschen Anstalt bis zum Dezember 1904 zur Beobachtung gekommen sind. Von diesen hat Dr. Joh. **Meyer** 21 beobachtet, die übrigen Vortragender.

I. Es handelte sich 30 mal um leichte Fälle, und zwar 8 mal um erste Anfälle, 22 mal um rezidivierende Erkrankungen. Die ersteren 8 wurden exspektativ, von den letzteren 22 wurden 18 im Intervall durch typische Resektion der erkrankten Appendix behandelt. Alle Operierten genasen, ohne irgend welche unangenehmen Folgen der Operation, abgesehen von zweimaligem Entstehen von Nahtabszessen. Die Temperatur war häufig am 2. Tage nach der Resektion erhöht — 37,6—37,9.

II. Zwanzigmal kamen perityphlitische Abszesse zur Beobachtung. Von diesen wurden 2 intern behandelt, die Exsudate wurden resorbiert. Eine im 8. Monat gravide Frau wurde nicht operiert, — sie ging bald im Kollaps zu Grunde. 2 mal wurde die typische Resektion der Appendix gemacht, mit nachfolgender Tamponade der Wunde; 10 mal abdominale Inzision ohne Entfernung der Appendix. Von diesen 10 starben 3; eine Pat. an septischer Intoxikation, die schon vor der Operation eingetreten war, 1 an Inanition, 1 an ascendierender Peritonitis acht Wochen nach der Operation. Eine Pat. entzog sich der Operation, — sie soll nach ³/₄jährigem Siechtum gesund geworden sein.

3 mal ist wegen perityphlitischen Abszesses die Inzision von der Vagina her vorgenommen worden. Von diesen starb eine Patientin.

In einem Falle führten erst 2 abdominale Inzisionen, eine vaginale Totalexstirpation des Uterus zur Genesung. Im ganzen starben also von 20 mit perityphlitischen Abszessen Behafteten, 5 Patienten, das ergiebt eine Mortalität von 25 pCt.

III. 5 mal wurde akute Peritonitis beobachtet. 2 Pat. wurden exspektativ, 2 durch typische Resektion der Appendix, eine Pat. durch vaginale Inzision behandelt. Sämtliche 5 Patienten starben = 100 pCt. Mortalität.

IV. 5 mal wurde bei Laparotomien aus anderer Ursache, einmal bei vaginaler Operation die Appendix krank gefunden. Sie war meist mit ihrer Spitze dem zu entfernenden Tumor angelötet. Bei der einen vaginalen Operation war es nicht bemerkt worden, dass die Spitze der adhärenten Appendix beim Lösen eines Tumors abriss; die Patientin ging an akuter Peritonitis zu Grunde.

Im ganzen starben von 61 beobachteten Patienten 11=18 pCt.

Bei den Resektionen der wegen leichter Erkrankungen operierten Patienten war es Vortragendem aufgefallen, dass die krankhaften Veränderungen an der exstirpierten Appendix so gering waren. Nach den klinischen Erscheinungen und den Beschwerden der Patienten hatte Vortragender oft viel grössere Veränderungen erwartet. An mikroskopischen Schnitten von solchen Appendices konnten keine deutlichen Veränderungen oder Schwellungszustände der Schleimhaut nachgewiesen werden — auch nicht beim Vergleich mit normal erscheinenden Appendices, die der Leiche, wie auch bei Gelegenheit einer Laparotomie Appendix-Gesunden entnommen waren. Es konnte also in mehreren Fällen nur aus dem Erfolge der Resektion erwiesen werden, dass die Appendix die wirkliche Ursache der Krankheitssymptome war. Trotzdem hält Vortragender den operativen Eingriff auch in solchen Fällen nicht nur für gerechtfertigt, sondern für geboten. Die Gefahr einer schwereren Erkrankung nach mehreren Anfällen von Colica appendicularis, wenn durch irgend einen Umstand die Bakterien des Appendixinhaltes vermehrte Virulenz erhalten, ist zu gross, die Gefahr des leichten Eingriffes im Intervall garnicht ins Gewicht fallend. **Hansemann** macht in seinen «Aetiologischen Studien über die Epityphlitis» (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XII, pag. 514) Angaben über die Vorgänge bei der Entstehung eines appendicitischen Anfalles, die gewiss beachtenswert sind und ebenso auch das Zustandekommen der Colica appendicularis erklären: die Appendix ist eben schwerer «auslässig» als «einlässig». Aus dem Coecum kann leichter Darminhalt in die Appendix gelangen als durch ihre Peristaltik wieder ins Coecum zurückgeschafft werden kann. Die vermehrte peristaltische Anstrengung kennzeichnet die Colica appendicularis. Gelang es ihr nicht den Inhalt ins Coecum zurückzuschaffen, so ist der Grund für weitere Erkrankung der Schleimhaut wie für Entwickelung der Bakterien gegeben, deren Virulenz gefördert werden kann und es kommt zu schwererem oder leichterem Anfall.

Zum Schluss fordert Vortragender auf, das Publikum über das Wesen der Appendicitis und seine Bedeutung bei jeder Gelegenheit aufzuklären, damit es sich leicht entschliesse, schon nach jedem ersten Anfalle der Operation im Intervall sich zu unterwerfen. In allen Fällen, wo ungebildeten Patienten der Rat erteilt wurde, zur Intervalloperation sich vorzustellen, ist dieser Forderung nicht gefolgt worden, — auch nicht in einem einzigen Falle.

(Autoreferat).

Diskussion:

Herr **Walent**: Nach den klinischen Erscheinungen können wir die Appendicitis in 3 grosse Gruppen einteilen — in die leichten, mittelschweren und schweren Fälle.

I. Die leichten Fälle, für welche man den Ausdruck Colica appendicularis gelten lassen kann, wo eine Lageveränderung oder eine Striktur, oder ein katarrhalischer Zustand der Appendix zugrunde liegt, verlaufen erfahrungsgemäss innerhalb weniger Stunden oder Tage mit geringer Störung des Allgemeinbefindens so günstig, dass man während des Anfalles kaum einen objektiv lokal nachweisbaren Krankheitszustand findet. Die Therapie dürfte in diesen Fällen eine rein exspektative sein, Bettruhe, strengste Schonung, Entziehung der Nahrung.

II. Die Gruppe der mittelschweren Fälle ist charakterisiert durch grössere Störung des Allgemeinbefindens, stärkere Beteiligung des Bauchfelles. Es lässt sich nicht am ersten Tage sagen, wie der weitere Verlauf dieser Fälle sein wird. In den meisten Fällen wird wohl eine Beteiligung der Serosa der Appendix oder ein seröser Erguss in die Bauchhöhle als wahrscheinlich angenommen werden müssen. Aber nicht allein die Beteiligung der Serosa, sondern

Digitized by Google

auch eine Lymphangoitis und Lymphadenitis im Mesocolon, ausgehend von der erkrankten Appendix, können am ersten Tage ebenso stürmische Erscheinungen machen. Was die Therapie dieser Fälle betrifft, so ist sie ausserordentlich schwierig, wenn man den Umstand in Erwägung zieht, ob beim Einsetzen der stürmischen Erscheinungen sofort zum Messer gegriffen werden solle. Nach den Erfahrungen, die ich hier bei Prof. Zoege gemacht habe, dessen Standpunkt in der Behandlung der Appendicitis sich mit demjenigen von Körte, Schleie. Rocher und Burchardt deckt, würde ich nicht zu den Frühoperationen raten, aus dem Grunde, weil der grösste Teil dieser Fälle, trotz der schweren Initialsymptome, doch einen günstigen Verlauf nimmt. Aus der anfangs diffusen peritonealen Reizung kann sich eine circumscripte Peritonitis mit geringerem oder grösserem fühlbarem Tumor entwickeln, es wäre daher wohl ratsamer, wenn der Allgemeinzustand gut bleibt, durch heisse Umschläge auf den Leib den Entzündungsprozess sich lokalisieren zu lassen. Ist das der Fall, so kann man getrost einige weitere Tage abwarten und sehen, ob sich der gebildete Tumor (Exsudat) resorbiert, oder daraus ein Abszess sich entwickelt. Ist der Abszess diagnostiziert, dann muss er eröffnet werden. Operiert man dagegen im akuten Anfalle, so ist die Aufsuchung der Appendix ungemein erschwert. Wir müssen die schützenden Adhäsionen lösen und laufen Gefahr. aus der circumscripten Peritonitis durch die Operation eine diffuse zu machen. Ferner kann die Versorgung des Appendix-Stumpfes in einem entzündlichen Gewebe nicht so gut vorgenommen werden — die Darmserosa ist geschädigt, die Nähte können gefährdet werden, es kann sich nachträglich eine Kotfistel bilden. Ausserdem wäre noch der Umstand zu berücksichtigen, dass nur dann ein resistenter Verschluss der Bauchdecken nach der Laparotomie erreicht wird, wenn wir gesundes Gewebe exakt vernähen können. Operiert man im akuten Anfalle, so wird man öfter gezwungen sein, die Bauchhöhle zu tamponieren — und damit die Bildung von Adhäsionen und Bauchhernien begünstigen. Wenn auch diese Komplikationen durch eine nochmalige Operation beseitigt werden können, so ist doch die Frage sehr naheliegend, ob wir nicht durch eine Operation noch viel besser dem Kranken genützt hätten.

Die Operationen, im Intervall ausgeführt, geben sehr günstige Resultate, — so hat z. B. Treves von 1000 Operationen nur 2 Fälle, Roux von 670 Fällen auch nur zwei verloren. Die Mortalität im akuten Anfall Operierter ist eine viel grössere; Lennander berechnet sie auf 20 pCt.

III. Gruppe. Die schweren Fälle mit Perforation und diffuser Peritonitis sind unbedingt sofort zu operieren nach dem Vorübergehen des primären Kollapses. Die Operation wird in den meisten Fällen wohl nicht mehr helfen, sie mag aber immerhin versucht werden.

Graubner ist mit dem Standpunkt Walents vollkommen einverstanden, will aber der prinzipiellen Frühoperation nicht eine grosse Bedeutung absprechen, solange es nicht gelingt, in jedem Falle von Appendixerkrankung eine genaue pathologisch-anatomische Diagnose zu stellen.

Herr Meyer fragt, wie die Statistiken von Murphy, Roux, Treves u. and. über sehr grosse Zahlen von Appendixfällen fast ohne Todesfall zu erklären sind. Sollten in diesen Zahlen die gangränösen und die durch Perforation komplizierten Fälle mit einbegriffen sein? Bei dem vom Vortragenden erwähnten Material ist eine so günstige Statistik ausgeschlossen. Was die Indikation zur Operation betrifft, so giebt es Fälle, in welchen der erste Anfall ohne Fieber einsetzt und bei der Untersuchung bloss Druckempfindlichkeit des Mac Burnay'schen Punktes wenige Tage nachweisbar bleibt.

Walent: In den erwähnten Statistiken handelt es sich ausschliesslich um im Intervall Operierte. Was die fieberlos einsetzenden Appendicitiden betrifft, so entscheidet der weitere Verlauf, ob operiert werden soll.

Präses: Ströhmberg.
Sekretär: W. Hollmann.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Vor kurzem beging der bekannte Kliniker Dr. Karl Anton Ewald, ausserordentlicher Professor an der Universität Berlin und dirigierender Arzt der inneren Abteilung des Augustahospitals, seinen 60. Geburtstag. Der Jubilar ist bekanntlich auch Redakteur der «Berliner klinischen Wochenschrift». Als Beilage zu der letzteren ist nun am 6. November eine von Prof. Posner redigierte und dem Jubilar gewidmete Festnummer erschienen, die eine ganze Reihe Arbeiten von Kollegen und Schülern des Jubilars enthält.

— Die Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalwissenschaft hat dem Sanitätsrat Dr. Neumann in Berlin zu seinem 86. Geburtstage eine Adresse überreicht und ihn zum ersten Ehrenmitgliede der Gesellschaft ernannt. Sanitätsrat Dr. Neumann ist derjenige, der bereits im Jahre 1847 in einer Schrift über die öffentliche Gesundheitspflege auf das soziale Moment in der Medizin hingewiesen hat.

— Der bekannte Chirurg Prof. Dr. Czerny in Heidelberg hat zum Andenken an seinen im Mai 1903 verstorbenen Schwiegervater, den berühmten Kliniker Kussmaul, eine goldene Kussmaul-Medaille gestiftet. Die Medaille soll, neben 100 Mark in bar, von der medizinischen Fakultät der Heidelberger Universität alle drei Jahre verliehen werden für die beste therapeutische Leistung, die zuerst in der deutschen Literatur niedergelegt worden ist und sich bestens bewährt hat.

— Zum Gehülfen des Gouvernements-Medizinalinspektors von Jenisseisk ist Dr. Terechowka ernannt worden.

— Der berühmte Arzt Prof. Frederik Treves ist zum Lord-Rektor der Universität in Aberdeen ernannt worden.

— Zum Gouverneur der Insel Madagaskar ist ein Arzt, der bisherige Mair der Stadt Lyon Dr. Augagneur, von der französischen Regierung ernannt worden.

— Zum Präses der von der St. Petersburger Stadtverwaltung niedergesetzten Kommission zur Reorganisation des städtischen Krankenhaus- und Sanitätswesens, welche unter ihrem bisherigen Vorsitzenden Grafen Bobrikow ganz untätig gewesen, ist Dr. M. J. Petrunkewitsch gewählt worden.

— Ehrenzeichen des Spanischen Roten Kreuzes sind folgenden Russischen Aerzten verliehen worden: dem chirurg. Konsultanten des Nikolai-Marinehospitals in Kronstadt und älteren Arzte der 17. Flottenequipage Dr. Multanowski — der Stern I. Klasse, *sowie* dem älteren Arzt der 30. Flottenequipage Sagorjanski-Kissel und dem jüngeren Arzt der 3. Flottenequipage Heymann — das Kommandeurabzeichen II. Klasse.

— Dr. Michael Maximowitsch hat die Konzession zur Eröffnung eines Sanatoriums mit einer Wasserheilanstalt in Edinburg am Rigaschen Strande erhalten.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 24. Oktober zu Moskau der Direktor der Entbindungsanstalt des dortigen Findelhauses, Leibakkoucheur Dr. Peter Dobrynin, im Alter von 61 Jahren an Gehirnapoplexie. Der Verstorbene hatte seine medizinische Ausbildung an der Petersburger mediko-chirurgischen Akademie erhalten, welche er 1866 mit der goldenen Medaille absolvierte. Im Jahre 1869 promovierte er zum Doktor med. und hielt sich dann 2 Jahre behufs weiterer Vervollkommnung im Auslande auf. Nach seiner Rückkehr war er Ordinator am St. Petersburger Hebammeninstitut, bis er 1889 zum Direktor und Hauptakkoucheur der Moskauer Entbindungsanstalt ernannt wurde. Dr. Dobrynin genoss den Ruf eines ausgezeichneten Geburtshelfers und geschickten Chirurgen. Er hat eine ganze Reihe spezieller Arbeiten, namentlich auf dem Gebiete der gynäkologischen Operationen, veröffentlicht und einen «Vollen Kursus zur Erlernung der Hebammenkunst» geschrieben, der in Russland weit verbreitet und auch in andere Sprachen übersetzt worden ist. 2) Am 7. November hierselbst der jüngere Arzt des 84. Schirwanschen Infanterieregiments Dr. Robert Meinshausen im 44. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in St. Petersburg geboren und hatte seine medizinischen Studien an der Dorpater Universität gemacht, an welcher er von 1882—1889 studierte. Nach Erlangung der Venia practicandi war M. Militärarzt im Terekgebiet. 3) In Nikolsk-Ussurisk der jüngere Arzt des 9. Infanterieregiments Dr. Nikolai Ssiawntinski im 36. Lebensjahre. Der Verstorbene war ebenfalls ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er im Jahre 1900 den Arztgrad erlangte, worauf er Militärarzt wurde. 4) In Krasnojarsk der Arzt an den dortigen

Digitized by Google

Goldwäschereien Michael Ohlschwanger im Alter von 56. Jahren nach fast 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er ist während der politischen Unruhen daselbst vom Pöbel erschlagen worden. 5) In Warschau der Ordinator am dortigen Kinderhospital Dr. Ludwig Rabeck im 48. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat er über 20 Jahre in Warschau ausgeübt. 6) In Oxford der Professor der Medizin an der dortigen Universität, Sir John Burdon Sanderson.

Von Universitäten und Kongressen.

— Der Professor der Chirurgie Dr. Wilhelm Koch soll, wie die «Nordl. Ztg.» hört, noch im Laufe dieses Monats seinen Posten verlassen und mit ihm das gesamte Assistenzpersonal der chirurgischen Klinik, welche Professor Dr. Zoege von Manteuffel übernimmt.

— Die Angelegenheit, betreffend die Einführung der Autonomie im hiesigen klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna wird, den Tagesblättern zufolge, vom Konseil des Instituts Juristen übertragen werden, da das klinische Institut nach den bestehenden Gesetzen, ebenso wie die Akademie der Wissenschaften, nicht zu den Lehranstalten, sondern zu den gelehrten Institutionen gerechnet wird und daher die Kaiserlichen Ukase vom 27. August und 17. September auf das Institut nicht angewandt werden können.

— Der Privatdozent der allgemeinen Pathologie Dr. L. Tarassewitsch in Odessa, welcher, wie wir seiner Zeit berichteten, wegen politischer Unzuverlässigkeit entlassen wurde, ist jetzt wieder in die Zahl der Privatdozenten der Odessaer Universität aufgenommen worden.

— Dr. Arthur Kuttner in Berlin, der sich durch eine Reihe von Arbeiten auf dem Gebiete der Nasen- und Halskrankheiten bekannt gemacht hat und eine Privatklinik für diese Krankheiten in Berlin leitet, ist der Professortitel verliehen worden.

— Der Ende September in Brüssel stattgehabte I. internationale chirurgische Kongress unter dem Präsideum Prof. Kocher's (Bern) hat beschlossen die nächste Versammlung im Herbst 1908 ebenfalls in Brüssel abzuhalten. Zum Präsidenten für den nächsten Kongress wurde Prof. Czerny (Heidelberg) gewählt.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Die im Fernen Osten nach dem Friedensschlusse zurückgehaltenen Reserveärzte haben sich an die Pirogow-Gesellschaft mit der Bitte gewandt, mitzuwirken, dass die Reserveärzte, die in der Mandschurei ohne jede Beschäftigung sind, aus dem Militärdienst entlassen werden, zumal die Städte wie auch die Landschaften grossen Mangel an Aerzten haben.

— Ueber das Schicksal der Estländischen Sanitätskolonne bringt ein von Baron Edgar Schilling aus Wladiwostok am 7. November c. abgesandtes Telegramm nachstehende Nachrichten: «In Wladiwostok ist eine furchtbare Plünderung im Gange. Wir haben uns aus Nikolsk in grosser Aufregung hierher aufgemacht. Wir fahren sofort weiter nach Nagasaki auf dem Dampfer «Mongolia».

— Vom Hauptchef des Sanitätswesens der Armeen des Fernen Ostens sind nachstehende Daten über den Gesundheitszustand derselben eingelaufen: In den Heilanstalten der aktiven Armeen, der Nachhut und des Priamur-Militärbezirks befanden sich am 1. November c.: Offiziere, verwundete — 11, kranke — 1225, Untermilitärs, verwundete — 253, kranke — 25,917. Von der Gesamtzahl liegen an Infektionskrankheiten danieder 5776 Mann, darunter am Unterleibstyphus — 46, an der Dysenterie — 260, am Milzbrand — 47, an den Pocken — 6 und am Skorbut 35. Der Gesundheitszustand der Armee ist ein befriedigender.

Verschiedene Mitteilungen.

— In den letzten Wochen haben wir hier einen Pharmazeutenstreik erlebt, wie ein solcher in anderen Ländern wohl kaum denkbar erscheint. Die Herrn konditionierenden Pharmazeuten versuchten nicht allein in brutaler Weise die Verabfolgung von Arzneien aus den Apotheken an die Kranken zu verhindern, sondern sie haben es nicht einmal unter ihrer Würde erachtet, nach dem Muster der streikenden sozialistischen Arbeiterbanden Gewalttätigkeiten gegen ihre arbeitswilligen Kollegen zu verüben, Apotheken zu demolieren oder mit dergleichen zu drohen. Wie ihre unverantwortliche Handlungsweise von der gebildeten Gesellschaft beurteilt wird, geht auch aus nachstehender Zuschrift an den «Herold» hervor: «Die pharmazeutischen und medizinischen Vereine des Deutschen Reichs haben in ihren letzten Versammlungen ein «Pereat» den russischen streikenden konditionierenden Pharmazeuten gebracht — motiviert durch die mit der Kultur und Zivilisation von keinem Standpunkte aus zu vereinbarenden Handlungen, die sich die russischen Kollegen zu Schulden kommen liessen, unter welchen schuldlose, unglückliche, kranke Kinder und Mütter zu leiden haben! — Wir schliessen uns den «deutschen Vereinen» vollkommen und ganz an; der Streik der russischen Pharmazeuten — sei er aus ökonomischen oder politischen Gründen —, ihre verwerfliche, demolierende und provozierende Handlungsweise schändet die ganze gebildete Welt! Der internationale Verein deutscher Pharmazeuten und Aerzte in Petersburg».

— Dem Bevollmächtigten der Karl Zeiss-Stiftung und Leiter des bekannten Zeiss-Werkes in Jena Dr. S. Czapski ist der Professortitel verliehen worden für seine Verdienste um die Wissenschaft. Czapski hat sich besonders durch die Bekanntmachung und Ausarbeitung der Abbe'schen Theorie des Mikroskops und durch talentvolle Leitung des Zeiss-Werkes Verdienste erworben.

— Die Exposition internationale des arts et métiers in Brüssel hat die Schriftleitungen der im Verlage von Breitkopf u. Härtel in Leipzig erscheinenden medizinischen Zeitschriften «Zentralblatt für innere Medizin», «Zentralblatt für Chirurgie», «Zentralblatt für Gynäkologie», «Zentralblatt für die gesamte Medizin» und der «Sammlung klinischer Vorträge» durch Verleihung je einer goldenen Medaille ausgezeichnet.

Standesangelegenheiten.

— In Krementschug sind der städtische Sanitätsarzt M. Lichtenstein und der Ordinator des Gouvernements-Landschaftshospitals S. Schary wegen politischer Unzuverlässigkeit auf Anordnung des Generalgouverneurs ihrer Aemter entsetzt worden.

— Aus Warschau ist Dr. A. Newjarowski auf Verfügung des Generalgouverneurs ausgewiesen und nach Perm verwiesen worden.

— Während der politischen Unruhen und Ueberfälle durch den Pöbel haben auch viele Aerzte gelitten: So in Twer bei der Demolierung des Landschaftsamts, ausser dem Dr. Potemkin (der, wie wir in der vorigen Nr. meldeten, den Körperverletzungen bereits erlegen ist), die Aerzte Weidenbaum, Bierstein, Schwarz, Korshenewski, Schulz, Oldenburg, Miljukow und Medwjedew. In Riga ist Dr. Salkind auf der Strasse verwundet worden, in Balachna (Gouv. Nishni-Nowgorod) hat der Landschaftsarzt J. Sacharow und in Kursk der bekannte Landschaftsarzt W. Dolshenkow schwere Körperverletzungen davongetragen.

— In vielen Kreisen des Moskauer Gouvernements ist die Erregung der Bauerbevölkerung gegen die Intelligenz und speziell gegen die Aerzte und das medizinische Personal eine sehr starke. Es sind, den Tagesblättern zufolge, bereits mehrere Ueberfälle seitens der Bauern auf die Landschafts-Heilanstalten, wo sie eine regierungsfeindliche Propaganda vermuteten, vorgekommen, so dass einige Landschaften, wie z. B. die Dmitrowsche, alle ihre Heilanstalten geschlossen und das medizinische Personal entlassen haben.

Digitized by Google

Epidemiologisches.

— Cholera. An der Cholera erkrankten vom 10. bis zum 13. November im Gouvernement Lomsha 5 Personen und starben 2. Ausserdem erkrankten in Wengrow im Gouvernement Ssjedlez vom 7. bis zum 13. November 7 und starben 2 Personen an der Cholera. Im ganzen sind im Weichselgebiet seit dem Auftreten der Cholera erkrankt 272 Personen und gestorben 144.

— Pest. An der Pest sind bis zum 11. November im Astrachanschen Gouvernement gestorben: in der Kirgisensteppe — 149 und im Kreise Krasnojarsk — 17 Kranke.

— Genickstarre. In Schlesien wurden wieder neue Todesfälle an Genickstarre gemeldet. In das Zahrzer Knappschaftslazarett waren gegen 60 Kinder geladen worden, die während der Genickstarre-Epidemie erkrankten und wieder gesundeten, um ärztlich untersucht zu werden. Leider musste der Arzt die traurige Feststellung machen, dass gegen 20 Kinder Krüppel geblieben sind. Einige haben die Sprache verloren, andere wurden taub, wieder andere sehen jetzt schlecht.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. Okt. d. J. 10570 (25 mehr als in d. Vorw.), darunter 956 Typhus — (7 wen.). 951 Syphilis — (20 mehr), 409 Scharlach — (28 mehr) 147 Diphtherie — (18 wen.), 82 Masern — (5 mehr) und 7 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 23. bis zum 29. Okt. d. J. im ganzen 675 (377 M., 298 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 21, Scharlach 27, Diphtherie 18, Croup 0, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 6, Grippe 8, Katarrhalische Lungenentzündung 69, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 77, Tuberculose anderer Organe 28, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 25, Marasmus senilis 22, Krankheiten der Verdauungsorgane 64, Totgeborene 35.

Am 5. Nov. d. J. betrug die Zahl der Kranken 10833 (263 mehr als in der Vorwoche.), darunter 978 Typhus — (22 mehr), 983 Syphilis — (32 mehr), 421 Scharlach — (12 mehr), 144 Diphtherie — (3 wen.), 70 Masern — (12 wen.) und 12 Pockenkranke (12 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 30. Okt. bis 5. Nov. d. J. im ganzen 663 (379 M., 284 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 28, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 15, Scharlach 8, Diphtherie 12, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 5, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 47, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 87, Tuberkulose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungskanals 44, Totgeborene 36.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 29. Nov. 1905.

Tagesordnung: Westphalen: Ueber Resorption im Darm.

Germann: Ueber Seereisen zu Kurzwecken und über die Seekrankheit.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 21. Nov. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Rationelle Heilung durch Phosphor

RHOMNOL

(jede Pille enthält 0,05 Gr.).

dessen Hauptbestandtheil reine Nucleinsäure ist, von Dr. Leprince hergestellt.

$C^{40}, H^{54}, Az^{14}, O^{27}, P^{4}$.

Erprobt: bei Phosphaturie, Neurasthenie, Rachitis, Blutarmut und Alterschwäche.

Gebrauchsanweisung: 4—10 Pillen während der Mahlzeit.

Dr. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.

Erhältlich in allen besseren Apotheken. (33) 12—12.

Digitized by Google

Tannalbin (Knoll)
Erprobtes Antidiarrhoicum,
geschmacklos, stört Appetit und Verdauung in keiner Weise; erhältlich in Pulver und Tabletten.

Triferrin (Knoll)
p-Nucleins. Eisen.
Enthält organ. Phosphor, steigert den Haemoglobingehalt d. Blutes u. wird vom schwächsten Magen vertragen.

Literatur und Proben kostenlos!
KNOLL & Co * LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Stottern heilt dauernd die Sprachlehranstalt (mit Pension) Prov. Martin Wagner. Neueste Methode. Keine Rückfälle!! С.П. Б. Екатерининскій каналъ 52 (Демидовъ мостъ) кв. 52 (Lift). Zahlreiche glänzende Atteste. Prospekte gratis.

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.
Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.
VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.
VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (63) 18—10.

HEFE-SEIFEN
nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose, chron. Ekzeme.**
Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.
George Heyer & Co., Hamburg 4.

GRIES bei BOZEN
Mildester klimatischer Kurort im deutschen Süd-Tirol.
Saison vom 1. September bis 1. Juni.
Prospekte durch die Kurdirektion. (109) 6—2.

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»
Pharm. Ross.
in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität

Marke „Pfeilring“.

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft
Charlottenburg.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства.

Совершенно не раздражаетъ. Охотно принимается. Хорошо усваивается. Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle
bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven-** und **Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

◆ Käuflich in allen Apotheken. ◆ (51) 25—21.

Bad Roncegno
(Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.
Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

◆ Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober. ◆

Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

Sanatorium Villa Primavera.
Gardone Riviera, Italien.
Prospekte des Sanitätsrats **Dr. Koeniger.**

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit **dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege** (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

PERTUSSIN
Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (99) 10—5.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.
Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Asterol · *Thigenol* · *Thigenolseife* · *Sulfosotsirup* · *Sirolin*

Digalen
Haltbare Lösung in Originalflac. von 15 ccm. (1 ccm. Lösung = 0,3 mgr. Digitox. sol. Cloetta).
Anwendung: per os, per rectum, subcutan, intravenös und **intramusculär.** KeineCumulativwirkung. KeinLatenzzustand.

Arsylin
Eiweisspräparat.
Enthält Phosphor und Arsen in entgifteter Form.

Thiocol
Guajacolderivat. Antituberkulöse Wirkung experimentell und klinisch festgestellt.
Völlige Löslichkeit, absolute Geruchlosigkeit, gänzliche Reizlosigkeit, grosse Resorbierbarkeit.
Thiocoltabletten 0,5 gr.

Airol
Geruchloser ungiftiger Ersatz des Jodoforms.

Aneson · *Protylin* · *Brom-Protylin* · *Eisen-Protylin* · *pulv. & tabl.*

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^IE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY, UNIV. OF MICH. JAN 10 1906

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

☛ Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate ☚ bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 47 St. Petersburg, den 26. November (9.) Dezember. 1905.

Inhalt: Dr. O. v. Küttner: Beitrag zur Pubiotomiefrage. — Dr. Th. Kügler: Ein Fall von Impetigo herpetiformis bei einem Kinde von 18 Monaten. — Referate: Alfred Petrén: Studien über Paranoia quaerulans. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat. — Tagesnachrichten. — Anzeigen.

(Aus der geburtshilflichen Abteilung des Alexandra-Stifts für Frauen in St. Petersburg.)

Beitrag zur Pubiotomiefrage.

(Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 8. März 1905.)

Von

Dr. O. v. Küttner.

M. H.! Die «Pubiotomie» oder «Hebotomie» oder auch «Lateralschnitt durch das Os pubis» genannt, gehört zu den brennendsten Tagesfragen der operativen Geburtshilfe und daher erscheint es nicht ungerechtfertigt, wenn ich auf Grund unserer allerdings noch sehr kleinen Erfahrung im Alex.-Stift über dieses Thema das Wort ergreife.

Bevor ich Ihnen aber unsere 2 Fälle, der erste von mir am 24. November 1904, der zweite v. Herrn Dr. Dobbert am 6. Februar 1905 operiert, beschreibe, möchte ich das Wesentliche aus der Literatur gesammelte berühren.

Der Gedanke, den Schamknochen seitlich von der Symphyse zwecks Erweiterung des Beckenringes zu durchtrennen, ist nicht neu: Champion de Bar le Duc[1]) machte 1821 den Vorschlag, Stolz[2]) erkannte letzteren an. Galbiati[3]) operierte 1832 zuerst mit Durchsägung der Schambeine einer Seite, und 1841 doppelseitig und nannte seine Operation Pubiotomia resp. Bipubiotomia.

Mag auch Zweifel[4]) in seiner letzten Publikation im Zentralblatt f. Gyn. Gigli (Florenz), ihm bis auf seine so geniale Drahtsäge, die in der Chirurgie wohl allgemein jetzt Verwendung findet, kein gutes Haar lassen, so gehört meines Erachtens Gigli[5]) dennoch das grosse Verdienst, den Vorschlag Champions verwirklicht zu haben, indem er 1892 die extramediane Methode vorschlägt und genau beschreibt. «Lateralschnitt durch das Os pubis» will er seine Methode benannt wissen. Bonardi[6]) (Lugano) war es beschieden, zum ersten Mal im Mai 1897 an der Lebenden unter den denkbar ungünstigsten Verhältnissen, mit einem unvollkommenen Instrumentarium, ohne Chloroform und unter dem Beistande nur eines Kollegen die Operation in einer ärmlichen Gebirgshütte mit vollständigem und günstigem Erfolge auszuführen. Nach ihm haben sich eine ganze Reihe Geburtshelfer an die Operation gemacht. Im ganzen ist bis jetzt über 41 Pubiotomien in der Literatur berichtet, ausserdem kommen noch 3 Fälle von Döderlein hinzu, über die ich private Mitteilung besitze. Es schliessen sich an diese Reihe unsere 2 Fälle an. In der russischen Literatur finden sich noch keine Veröffentlichungen. Fenomenow hat sich neulich im geburtsh.-gyn. Verein anerkennend über die Operation ausgesprochen und bereits, wie ich gehört, das erforderliche Instrumentarium angeschafft, jedoch noch nicht Gelegenheit gehabt, dasselbe in Anwendung zu bringen. Somit wären unsere 2 Fälle die ersten in Russland.

Ich möchte, ebenso wie Zweifel[7]), der Operation den alten Namen «Pubiotomia» erhalten wissen, welcher Ausdruck die Stelle weitaus am besten bezeichnet, an der durchtrennt wird. Der Name «Hebotomie» ist kein anatomisch gebräuchlicher und hat deshalb nichts Be-

[1]) Murat: Dict. des sciences méd. Paris 1821.
[2]) Lacour: Recherches historiques ect. Thèse de Paris 1814.
[3]) Ueber Galbiati vergl. Corradi, Dell' ostetricia in Italia, Bologna 1874. P. 1189.
[4]) Zweifel: Zentralblatt f. Gyn. 1905, Nr. 1.
[5]) Gigli: Internationaler gyn.-geburtsh. Kongress. Rom 15.—20. September 1902. Vergl. Centralblatt f. Gyn. 1902. Nr. 48.
[6]) Bonardi: Taglio lateralizzato del pube con filo-sega Gigli. Ann. di ost. e gin. 1898, Nr. 1.
[7]) l. c.

Digitized by Google

zeichnendes, der Ausdruck «Lateralschnitt durch das Os pubis» ist 1) zu lang und 2) anatomisch so unbestimmt, dass er kaum als praktisch bezeichnet werden kann.

Die Symphysiotomie, von Sigault 1777 vor allem aus ethischen Gründen inauguriert und auch zuerst ausgeführt, hat sich in der Praxis nicht so recht einbürgern können. Nachdem sie in der vorantiseptischen Zeit schnell in Verruf geriet, dann wieder Ende der 80-ger Jahre von den Italienern und Franzosen anerkannt, wurde sie schliesslich 1895 auf dem Gyn. Kongress in Breslau mit einer gewissen Abneigung zurückgewiesen. In Deutschland sind es neben Zweifel[8]), dem Hauptverfechter der Symphysiotomie, F. Frank[9]), Baumm[10]), Fritsch[11]) und einige andere, die sich noch zugunsten der Symphysiotomie äussern.

Die Ursachen, welche dieser Abneigung zugrunde liegen, sind:

1) Die hohe Morbidität und Mortalität, hervorgerufen durch die Infektion der Wunde. Von 85 S., ausgeführt von Pinard[12]) und Bar[13]), fieberten etwa 60 pCt. der Wöchnerinnen. Von 176 Fällen von Zweifel[14]), Küstner[15]), Bar und Pinard[16]) starben 15 Mütter, d. h. 8,5 pCt.

2) Die Blasenverletzungen u. Scheidenrisse. Penetrirende Risse der Blase oder zum mindesten Einrisse in die Mucosa der Blase, müssen, wenn nicht das Organ, vor der Symphysentrennung, aus seinen Stützpunkten gelösst war, was übrigens gar nicht für das spätere Schicksal der Blase irrelevant sein dürfte, stattfinden. Vergegenwärtigen wir uns nur die anatomischen Verhältnisse. Man sieht auf der Abb. (entnommen aus Chrobak-Rosthorn[17]), wie innig die Blase mit der Hinterwand der Symphyse durch den Ligamentapparat in Verbindung steht. Beim Auseinanderweichen der Gelenkflächen müssen naturgemäss zum mindesten die Lig. ein — resp. abreissen. Urinfisteln und schwere Cystitiden der contusionierten Blasenmucosa sind keine seltenen Vorkommnisse nach S. Mir persönlich, der ich keine eignen Erfahrungen über die Operation besitze, ist ein nachhaltiger schlechter Eindruck über die S. geblieben. Sah ich doch, während meines Studienaufenthaltes im Auslande, an der Leipziger Klinik eine Blasenverletzung, die äusserst schwer zu schliessen war. Und es operierte kein anderer als Zweifel selbst.

3) Die Blutungen, die Haematome mit nachfolgender Vereiterung, Thrombose und Embolie. Erstere entstehen aus den Schwellkörpern der Clitoris und Urethra, welche dicht unter dem Lig. arcuatum ihren Sitz haben. Klar werden die Verhältnisse auf der 2. Abb., entnommen aus dem Anat. Atlas von Heitzmann, vor Augen geführt. Die Venenplexus der Blase werden angerissen, was eine Blutung in den retrosymphysären Raum zur Folge hat. Von 136 Fällen von S. trat nach Rubinrot[18]) 12 mal Phlegmosie, 44 mal Sepsis mit 10 Todesfällen, 14 mal Wundeiterung, 12 mal Oedem der Vulva ein. Williams[19]) beobachtete Lungenembolien, die wegen Thrombose in den Venennetzen der Blase entstanden waren.

4) Die langsame Rekonvalescenz und schliesslich

5) Der Dauererfolg.

[8]) cf. E. Kehrer: Sammelreferat. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn. Band XXI, Heft 2 u. 3.

[9]—[11]) ibid.

[12]—[16]) ibid.

[17]) Chrobak-Rosthorn: Die Erkrank. d. weibl. Geschlechtsorgane. 1900, cf. Abb. auf Pag. 293.

[18]) l. c.

[19]) l. c.

Abel[20]) gibt an, dass die Wiederherstellung des vollen Gehvermögens nach S. in den Zweifel'schen Fällen zwischen 5 Wochen und 10 Monaten schwankte. Watschelgang ist nicht selten dauernd beibehalten worden. Man hat die dauernde Erweiterung des Beckens, die häufig nach S. zurückbleibt, als einen grössen Vorteil für eventuelle spätere Geburten bezeichnet. Pestalozza[21]) dagegen erblickt in der Institution einer fibrösen Gewebsbrücke an Stelle einer festen Verwachsung der Symphyse eher einen Nachteil, als einen Vorteil.

Es ist nicht wunderbar, wenn alle diese angeführten üblen Vorkommnisse bei S. viele Gegner gefunden haben. Und so haben auch wir im Alexandra-Stift auf ca. 8000 Geburten nicht ein einziges Mal die S. ausgeführt, sondern bis vor kurzem noch dem Kaiserschnitt aus relativer Indikation den Vorzug gegeben, resp. das Kind durch Perforation und Kranioklasie-trypsie geopfert.

Wie steht es nun mit den Komplikationen während der Pubiotomie und den Dauererfolgen nach derselben? Es ist natürlich verfrüht ein entgültiges Urteil darüber zu fällen, denn, wie anfangs erwähnt, sind bis jetzt nur 46 Fälle, unsere eingerechnet, veröffentlicht. Dennoch will es mir scheinen, dass verschiedenes sehr zu Gunsten für die Pubiotomie spricht.

Leider bin ich nicht in der Lage, prozentuarisch die Morbidität auszudrücken, denn in den mir zugänglichen Literaturaufzeichnungen fehlen in einigen Fällen die genaueren Krankengeschichten. Aber so viel steht fest, dass fast alle Autoren sich äusserst günstig aussprechen. Vor allem Gigli[22]), der über 9 Fälle berichtet, ausgeführt von Pestalozza in 4 Fällen, von Saladino und Scarlino — in je einem, von ihm selbst — in einem, von Calderini u. Bonardi in je einem, alle diese Fälle, sagt er, sind glatt und vollständig geheilt. Van de Velde[23]) hat 3 Fälle mit dem besten Erfolge ausgeführt; 2 der Wöchnerinnen hatten subfebrile Temperaturen, trotzdem konnte die eine bereits am 18. Tage post. op. das Bett verlassen. Ueber die Fälle von Rostes und Meurer (Amsterdam), sowie über 3 Fälle von Morisani konnte ich keine genaueren Angaben ausfindig machen; aber auch diese 5 — sollen geheilt sein. Der Meyer'sche[24]) Fall stand am 21. Tage auf, höchste Temp. erreichte 38,1°. Ebenso konnte die Pat. von Arndt[25]) am 25 Tage das Bett verlassen — Prima intentio. Döderlein schreibt mir privatim «sie können jetzt ruhig zur subkutanen Hebotomie» (ich komme darauf später noch ausführlich zu sprechen) «übergehen, ich habe seitdem 10 Fälle operiert — alle mit Erfolg», 7 davon sind bereits veröffentlicht[26]). Ebenso günstig verliefen 5 Fälle von Leopold[27]). Eine von den Kranken wurde bereits am 17. Tage entlassen. Auch Zweifel[28]) äussert sich nicht weniger günstig, indem er sagt: «die Heilung war auch in unserem Falle glatt und fieberfrei; aber» sagt er weiter «eben nicht anders, als wir es mit der drainierten S. auch gesehen haben». Ferroni[29]) beobachtete in seinem Falle am 24. Tage absolutes Gehvermögen. Walcher[30]) sagt: «wir haben einmal die Hebo-

[20]) Archiv f. Gyn. Bd. 58, pag. 294.

[21]) Zentralblatt f. Gyn. 1903, Nr. 4.

[22]) Zentralblatt f. Gyn. 1902, Nr. 48.

[23]) Zentralblatt f. Gyn. 1902, Nr. 37.

[24]) Zentralblatt f. Gyn. 1903, Nr. 13.

[25]) Zentralblatt f. Gyn. 1603, Nr 49.

[26]) Zentralblatt f. Gyn. 1904, Nr. 42, und Archiv f. Gyn. Band 72, P. 275.

[27]) Zentralblatt f. Gyn. 1904. Nr. 46.

[28]) Zentralblatt f. Gyn. 1905. Nr. 1.

[29]) Zentralblatt f. Gyn. 1904. Nr. 36.

[30]) Württembergische geburtshilf.-gynäkolog. Gesellschaft Sitzung 20. Feb. 1904.

Digitized by Google

tomie gemacht. Sie hat uns vollauf befriedigt, da sie unter allen Umständen eine viel, viel schonendere Operation darstellt, als die S. 4 Fälle von O. v. Franque[31]) sind alle glatt und schnell geheilt. Meine Pat. stand am 26. Tage auf, nachdem sie ein leicht fieberhaftes Wochenbett durchgemacht, die höchste Temperatur war 38,4°. Unser zweiter Fall verläuft leider nicht so günstig. Pat. befindet sich am 30. Tage post. oper. und liegt noch zu Bett. Vorausschicken möchte ich schon hier, dass sie mit 38° Temperatur auf den Operationstisch kam. Ein Teil der Eihäute war zurückgeblieben, was eine mangelhafte Involution des Uterus zur Folge hatte. Aus der Lochiostase resultierte höchstwahrscheinlich der exsudative Prozess im rechten Parametrium mit konsekutiver Thrombose der Beckenvenen rechterseits mit Phlegmasie der entsprechenden unteren Extremität. Vor einer Woche hatte sie noch besorgnisserregende Temperaturen, bis nahe an 40° und einen entsprechend beschleunigten Puls. In den letzten Tagen ist eine wesentliche Besserung zu konstatieren. Der Prozess ist jedenfalls lokalisiert und Pat. wird höchst wahrscheinlich sehr bald gesunden. Die gesetzte Wunde hat geeitert, jetzt ist sie absolut reaktionslos. Die Knochenenden stehen auf einen Fingerbreit auseinander, sind ganz glatt und es ist bereits wenigstens in den hinteren Partieen eine derbe fibröse Verbindung zu palpieren. Bei Flexion und Extension des Oberschenkels ist bei gleichzeitig in die Knochenwunde eingeführtem Finger eine Dislokation der Knochenenden nicht zu konstatieren[32]).

3 Fälle sind letal verlaufen. Einer von Berry Hart[33]). Tod am 3. Tage post oper. Der Sektionsbefund ergab fettige Degeneration der Organe. Hart schreibt den traurigen Ausgang dem Chloroform zu. Baumm[34]) verlor seine beiden Fälle an Sepsis, ausgehend von einer Infektion der Wunde und hat, wie er sagt, alle Lust zur Pubiotomie verloren. Bemerken möchte ich hier, dass der eine Fall auch mit erhöhter Temperatur zur Operation kam und ausserdem wegen Blutung ex utero eine manuelle Placentarlösung ausgeführt werden musste. Döderlein[35]) glaubt nicht, dass Baumm ein Recht hat, seine ungünstigen Ausgänge der P. zur Last zu legen, es kann in solchen Fragen nur die Erfahrung entscheiden. Bis jetzt spricht die Erfahrung zugunsten der P. entgegen den beiden Fällen Baumms. Wenn wir den Todesfall von Hart in Abrechnung bringen (der Sektionsbefund giebt uns ein Recht dazu), so ergiebt sich auf die 46 Fälle eine Mortalität von ca. 4,3 pCt.

Was die Verletzungen der Blase anbetrifft, so ist bis auf 1 Fall von Baumm[36]) nirgends etwas erwähnt. In unserem zweiten Falle wurde gleich post operationem blutiger Harn entleert, nach einigen Stunden war er jedoch klar und ist klar geblieben. Die Blase ist absolut intakt. Ich schreibe diese Blutung einer Kontusion zu, die die Blase während der Zangenextraktion erfahren musste, denn durch mein Versehen wurde die Blase vor der Operation leider nicht entleert. Solche Blasenblutungen beobachtet man gelegentlich bei Zangenentbindungen auch ohne Pubiotomie.

Baumm[37]) erlebt in seinen beiden Fällen Risse in die Scheide, die mit der Pubiotomie-Wunde kommunicierten. Solches hatte auch Döderlein[38]) einmal zu verzeichnen. Es war ihm aber in diesem Falle ganz klar, dass durch das unachtsame Spreizen der Beine bei der Extraktion des grossen Kopfes der Riss dadurch entstanden war, dass die Schnittenden des Beckens zu weit auseinander wichen und die hiermit in Verbindung stehenden Weichteile abgerissen wurden. Trotzdem wurde die Rekonvalescenz auch in diesem Falle im ganzen nicht wesentlich gestört: am 18. Tage konnte die Kranke mit voller Funktion des Beckens das Bett verlassen.

Wir legten gleich nach der Entbindung in unseren Fällen die Scheide mit Spiegeln frei und konnten auf diese Weise unter Kontrolle des Auges nur konstatieren, dass nicht die geringste Laesion der Scheide stattgefunden hatte.

Was nun die Blutung und die Beherrschung derselben anbetrifft, so lässt sich nur sagen, dass erstere nicht stark ist und die Beherrschung derselben leicht. Die meisten Autoren sprechen sich ähnlich aus. Nur Zweifel[39]) und Baumm[40]) wollen schwere Blutungen erlebt haben.

Die Rekonvalescenz nach Pubiotomie gegenüber derjenigen nach Symphysiotomie geht viel schneller vor sich. Durchschnittlich ist es kaum ein Monat, dass die Pat. mit absolutem Gehvermögen das Bett verlassen. Callusbildung wurde bereits am 14. Tage beobachtet. Keine einzige von den 42 Pat. hat irgend eine Gehstörung nachbehalten; auch von unserem letzten Falle ist das Gleiche zu erwarten.

(Schluss folgt).

Ein Fall von Impetigo herpetiformis bei einem Kinde von 18 Monaten.

Von
Dr. Th. Kügler in Neuenburg (Kurland).

Von dieser von Hebra zuerst so benannten Krankheit wurden anfangs nur Fälle bei Schwangeren beschrieben. Dann wurden auch solche bei Männern bekannt, doch ist die Zahl immer noch eine geringe, nach Alberts Lehrbuch (1902) 29 Fälle. Ob darunter auch Kinder sich befinden, ist mir nicht bekannt, da mir die Literatur nicht zugänglich ist, jedenfalls verdient folgender Fall, von mir im Jahre 1904 im Herbst beobachtet, registriert zu werden. Im Oktober vorigen Jahres wurde ich zu einem kranken Kinde geholt, welches nach Aussage der Eltern seit etwa einer Woche schwer krank war und an einem Ausschlage an den Genitalien litt. Ich fand einen gut entwickelten, dem Ansehen nach stark leidenden Knaben, an dem die Haut mit Ausnahme der Genitalien völlig normal war. Temperatur 40,3, Puls 140. Die rechte Seite des Hodensackes, der Penis und weiter eine drei Finger breite Stelle der Inguinalgegend war mit einem Ausschlage bedeckt, der von lauter kleinen halbkreisförmigen Bogen begrenzt war, und zwar in der Weise, dass am Rande kleine, kaum stecknadelkopfgrosse Pustelchen sich befanden, die mit trübem Inhalte erfüllt waren. Die Haut war am Rande hellrosa gefärbt, nach der Mitte zu weiter in konzentrischen Kreisen successive dunkelrot, blaurot, dunkelblau, bräunlichblau erscheinend.

[31]) Münchener medizinische Wochenschrift 1905. Nr. 10.
[32]) Nachtrag bei der Korrektur: Pat. ist am 66 Tage post op. gesund entlassen.
[33]) Scottisch med. and surg. journ. 1904 Feb. cf. Zentralblatt f. Gyn. 1904. Pag. 1193.
[34]) Monatsschrift f. Geburtshilf. u. Gyn. 1903. Band XVII. Heft 5.
[35]) l. c.
[36]) l. c.
[37]) l. c.
[38]) Zentralblatt f. Gyn. 1904. Bd. 42.
[39]) l. c.
[40]) l. c.

Digitized by Google

Die Epidermis erschien in ganz eigner Weise leicht abgelöst, und wie über die erkrankte Fläche straff gespannt, nicht blasenförmig erhoben. In der Mitte der erkrankten Stelle bildete sie eine eingetrocknete gelbbraune Borke. Die Sekretion war, wenn vorhanden, ganz gering. Nach drei Tagen sah ich das Kind wieder. Der Gesamtzustand hatte sich bedeutend verschlechtert. Die Hautaffektion war weiter vorgeschritten und bedeckte die ganzen Genitalien, die vordere Seite des rechten Oberschenkels und die rechte untere Bauchgegend. Die ganz durchsichtige beinahe glänzende Epidermis lag abgelöst und stark nach der Mitte zu gespannt über der erkrankten Cutis. Die Spannung war wohl durch Eintrocknung und Schrumpfung in der Mitte entstanden und war so stark, dass sie deutlich radiäre Falten bildeten. Ich habe auch nur annähernd ähnliches nie gesehen. Das Fieber war noch gestiegen auf 41,2. Da sich sonst kein erkranktes Organ fand, so musste ich als die Ursache der Gesamterkrankung den Hautausschlag ansehen. Die Diagnose konnte ich damals nicht stellen, da mir die Krankheit zum ersten Male vorkam und ich für Impetigo herpetiformis, dessen Beschreibung noch am meisten auf das Krankheitsbild passte, in Lessers Lehrbuch angegeben fand, dass sie nur bei Schwangeren vorkomme. Nachdem ich jetzt die Beschreibung in Josephs Lehrbuch mit meinen Notizen und meinem lebhaften Erinnerungsbilde vergleiche, finde ich die Diagnose wohl unzweifelhaft. Die Behandlung konnte nur symptomatisch sein. Nach weiteren drei Tagen hörte ich, dass das Kind gestorben war. Ich will noch bemerken, dass die Eltern und Geschwister von Lues und Tuberkulose völlig frei waren und sich überhaupt einer guten Gesundheit erfreuten.

Referate.

Alfred Petrén: Studien über Paranoia quaerulans. Hygiea 1904, S. 955, 1098.

In der Schilderung der psychologischen Kennzeichen des Quaerulanten schliesst sich Verf. Kraepelin an. Die Krankheit entwickelt sich als eine Paranoia, aber der Unterschied zwischen einem Quaerulantenparanoiker und einem gewöhnlichen ist der, dass die Verfolgungsideen bei ersterem sich in der Regel nur um Rechtsinteressen, nicht um vitale Interessen bewegen. Die Grössenideen halten sich bei der Paranoia quaerulans oft innerhalb der Grenzen eines stark erhöhten Selbstgefühls mit allgemeiner Selbstüberschätzung. Sinnestäuschungen gehören nicht zum gewöhnlichen Krankheitsbild. Ein für Paranoia quaerulans charakteristisches Symptom ist dagegen die effektive Reizbarkeit, welche jedoch in einem vorgeschritteneren Stadium allmählich abnimmt, und gleichzeitig ein gewisser Grad von psychischer Schwäche bemerkbar wird, während Magnan der Ansicht ist, dass bei Quaerulanten der Intellekt immer unversehrt bleibt. Die Prognose der Krankheit ist ungünstig, obwohl Verbesserungen eintreten können. Eine langdauernde Internierung in einer Anstalt wirkt nachteilig.

Buch.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 26. April 1905.

Vorsitzender: Blessig. Sekretär: Voss.

1. Wladimiroff: Neueste Ergebnisse der Choleraforschung.

Seit der letzten Cholera-Epidemie der neunziger Jahre sind auf dem Gebiete der Choleraforschung wiederum einige Fortschritte zu verzeichnen, welche nicht nur wissenschaftliches Interesse beanspruchen, sondern auch von praktischer Bedeutung sind.

In diagnostischer Beziehung machte sich schon während der letzten Epidemie bei der Anwendung rein bakteriologischer Untersuchungsmethoden eine gewisse Unsicherheit geltend. Wie zu erwarten stand, wurden mit Vervollkommnung der Technik immer mehr Vibrionenarten in der Natur aufgefunden, welche sich morphologisch und kulturell nicht mit Sicherheit von den echten Choleravibrionen unterscheiden liessen, weil einerseits die nicht spezifischen Arten bisweilen gewisse für echte Cholera als charakteristisch angenommene Merkmale zur Schau trugen, und weil andererseits, wie noch neuerdings Berestnew im Institut für experimentelle Medizin an einer Reihe von Stämmen aus Persien und dem Kaspi-Gebiet nachgewiesen hat, auch bei frisch isolierten authentischen Choleravibrionen diese sogenannten charakteristischen Merkmale fehlen können. Hierdurch wurde die Bedeutung der biologischen Untersuchungsmethoden immer mehr in den Vordergrund gerückt. Mit Hilfe des bekannten Pfeiffer'schen Phänomens können echte Choleravibrionen von unechten mit Sicherheit unterschieden werden; jedoch stösst seine Anwendung in der Praxis ausserhalb wohleingerichteter Laboratorien auf eine Reihe von Schwierigkeiten. Ganz abgesehen davon, dass die erforderlichen Manipulationen, um die Auflösung der Vibrionen in der Bauchhöhle von Meerschweinchen zu beobachten, nur von erfahrenen Experimentatoren einwandfrei ausgeübt werden können, sind auch bei weitem nicht überall die nötigen Versuchstiere sowie das hochwertige bakteriolytische Choleraserum aufzutreiben. Dagegen entspricht die Agglutinationsprobe, was Einfachheit der Ausführung und Sicherheit der Resultate anbetrifft, allen Anforderungen der Praxis. Das hochwertige agglutinierende Serum wird von Tieren (meist Pferden) gewonnen, welche mit steigenden intravenösen Injektionen von Cholerakulturen vorbehandelt sind. Das zur Demonstration verwendete Serum hat einen Titre von 1:11000. In den Röhrchen mit Verdünnungen des Serums von 1:100 bis 1:5000 ist völlige Klärung der Flüssigkeit und Sedimentierung der zugefügten Choleravibrionen eingetreten. In der Verdünnung 1:10000 ist zwar die Bildung von Bakterienklümpchen mit blossem Auge noch deutlich wahrnehmbar, aber die Klärung des Substrates nur unvollkommen. Endlich bietet das Röhrchen mit der Verdünnung 1:15000 keinen Unterschied im Vergleich mit der Vibrionenaufschwemmung ohne Serumzusatz: beide zeigen dieselbe gleichmässige Trübung. Für die Praxis genügt es, Verdünnungen von 1:*1000* zu verwenden, wie an den trüben Vergleichsröhrchen *zu erkennen* ist, welche, statt mit Choleravibrionen, mit Vibr. Metschnikowi resp. Vibr. Finkler-Prior beschickt sind. Im Institut für experimentelle Medizin wird das diagnostische Choleraserum (dessen Titre gegenwärtig bereits um mehr als das Doppelte höher ist, als das bei dem zur Demonstration verwandten) getrocknet und in Glasröhrchen eingeschmolzen den Kollegen zur Verfügung gestellt. Die Praecipitationsprobe nach Kraus ist noch nicht genügend technisch durchgearbeitet, um in der Praxis Verwendung zu finden.

In therapeutischer Beziehung (es ist hier nur von spezifischer Therapie die Rede) sind bisher alle Bemühungen ohne Erfolg geblieben. Das Choleragift ist ein Endotoxin, es ist an das Protoplasma der Bakterienzelle gebunden, wird also nicht bei Lebzeiten der Vibrionen nach aussen abgesondert, sondern wird erst nach deren Untergange und Zerfall frei. Infolgedessen erzielt man bei den immunisierten Tieren auch nur ein baktericides Serum, das sich allenfalls zu schwachen prophylaktischen Injektionen verwerten liesse, aber kein antitoxisches Serum, wie es für therapeutische Zwecke erforderlich wäre.

In prophylaktischer Beziehung treten wir der bevorstehenden Epidemie bedeutend besser gerüstet entgegen, als es im vorigen Jahrzehnt der Fall war. Bekanntlich hat schon in den achtziger Jahren Ferran in Spanien den Versuch gemacht, Schutzimpfungen in Gestalt subkutaner Injektionen von Cholerakulturen auszuführen. Seine Bemühungen sind seinerzeit sehr verschieden beurteilt worden, weil er sie mit einem geheimnisvollen Dunkel umgeben hatte.

Jedenfalls aber war er auf der richtigen Fährte.

Haffkin hat etwa 10 Jahre später in Indien begonnen die Schutzimpfungen im grossen Massstabe anzuwenden. Hierbei versuchte er dem von Pasteur für die Milzbrandvaccination aufgestellten Prinzip treu zu bleiben, indem er zwei durch einige Tage von einander getrennte Einspritzungen ausführte, u. zw. das erste Mal mit einer abgeschwächten, das zweite Mal mit einer vollvirulenten Kultur. Späterhin schlug Kolle vor, das zur Immunisation erforderliche Endotoxin in Form abgetöteter Kulturen in den Organismus einzuführen. Diese Idee hat Murata in Japan praktisch durchgeführt. Als mir im vorigen Jahre aufgetragen war,

Digitized by Google

3 Choleraexpeditionen für Persien auszurüsten, so stellten wir im Institut für experimentelle Medizin gleichfalls einen Impfstoff aus abgetöteten Cholerakulturen dar, und nachdem wir ihn hier an uns selbst auf die Dosierung hin geprüft hatten, wurde er von den Kollegen Slatogorow und Taranuchin (z. T. auch von Krestowsky) in Persien larga manu angewandt. Ueber den Effekt der Schutzimpfungen ist es schwer ein abschliessendes Urteil zu fällen. Die statistischen Daten, aus denen die einen eine bedeutende Herabsetzung der Morbilität und Mortalität unter den Geimpften herausrechnen, werden von den anderen zum Beweise des Gegenteiles herangezogen. Es wiederholt sich dasselbe Schauspiel, welches wir im Beginn der Serotherapie bei Diphtherie erlebt haben. Die über Choleraimpfungen mitgeteilten Erfahrungen dürfen eben nicht quantitativ verwertet werden, sondern sind einer sorgfältigen qualitativen Beurteilung zu unterwerfen. Wenn man somit den Erfolg der Impfungen nicht nach summarischen Zusammenstellungen, sondern an der Hand solcher Gruppenbeobachtungen beurteilt, welche sich, was die äusseren Bedingungen betrifft, mit der Exakteit eines Laboratoriumsversuches vergleichen lassen, und wenn man den Ergebnissen des Tierexperimentes Rechnung trägt, so kann man sich der Ueberzeugung nicht verschliessen, dass wir in den Choleraimpfungen ein mächtiges prophylaktisches Kampfmittel zu sehen haben. Nach dem Beschlusse des jüngst in Moskau abgehaltenen Cholerakongresses wird gegenwärtig die sogen. «Choleralymphe» in der Weise dargestellt, dass von jungen Agarkulturen Aufschwemmungen in physiol. Kochsalzlösungen angefertigt werden, welche auf je 1 ccm. Flüssigkeit 2 mmgr. oder 1/10 Agarkultur - Bakterienmasse enthalten. Die Emulsionen werden durch einstündiges Erwärmen auf 60° C. getötet und zur Konservierung mit 1/2% Karbolsäure versetzt. Die Dosis für einen Erwachsenen ist bei der ersten Injektion 0,5—1,0 ccm., bei der zweiten 2,0—3,0 ccm.; als Zwischenzeit genügen 5—7 Tage. Kinder bis zu 2 Jahren sollen 1/10, von 2 bis 10 Jahren 1/4 bis 1/2 der Dosis für Erwachsene injiziert erhalten. Die Reaktion an der Injektionsstelle besteht in schmerzhafter Rötung und Schwellung, die jedoch in 2—3 Tagen schwinden und jedenfalls geringfügiger sind, als bei den sonst üblichen Schutzimpfungen (Pocken, Pest etc.). Als Allgemeinreaktion ist nur eine schnell eintretende und schnell vorübergehende Temperatursteigerung zu nennen. Die höchste ein Mal von mir selbst beobachtete Temperatur etwa 10 Stunden nach der Einspritzung betrug 39,0° C. Was sonst an Reaktionserscheinungen angegeben wird, wie Uebelkeit, Durchfall, Kopfschmerzen u. dergl. muss wohl auf psychische Momente zurückgeführt werden. Fieberhafte Zustände sowie Durchfälle gelten als Kontraindikation gegen die Impfung. Bei Schwangeren wird zur Vorsicht und zur Anwendung kleinerer Dosen in mehrfacher Wiederholung geraten.

(Autoreferat).

Diskussion:

Hagentorn: Sind dem Institut für Experimentalmedizin genauere Daten über den gegenwärtigen Stand der Cholera im Reiche bekannt? Ist eine Reformierung der früheren offiziellen Berichterstattung zu erwarten?

Serck: Das Diphtherieserum scheint doch auch gegen die Bakterien selbst zu wirken und ihre Weiterentwicklung in der affizierten Schleimhaut zu verhindern?

Westphalen: Wielange dauert die Wirkung der praeventiven Immunisierung?

Wladimiroff (zu Hagentorn): Die Beziehungen zwischen dem Institut und der sog. Pestkommission existieren nicht mehr, also befindet es sich in keiner bevorzugten Lage inbezug auf den Nachrichtendienst. Die offizielle Berichterstattung über Epidemien passieren hier wie im Auslande eine strenge Zensur, da derartige Meldungen von grösster Tragweite für Handel und Verkehr sind. Der kürzlich hier an der Pest erfolgte Tod des Dr. Wischnikewicz ist auch erst dann bekannt gegeben worden, als die völlige Lokalisierung bereits feststand.

(Zu Westphalen): Wahrscheinlich 1 Jahr, das scheint sich in Indien ergeben zu haben.

(Zu Serck): Choleraserum ist nicht antitoxisch, Diphtherieserum dagegen fast nur antitoxisch aber nicht antibakteriell.

2. Henking: Kriegschirurgische Erfahrungen.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 26. Januar 1905.

Der Präses eröffnet die Sitzung mit der Mitteilung, dass es Prof. Dehio heute nicht möglich sei, seinen angekündigten Vortrag «Ueber Fieberschauer» zu halten, dagegen aber Kranke demonstrieren werde.

Herr Prof. Dehio stellt der Gesellschaft vor 1) einen Fall von zentralem myelogenem Osteosarkom der Rippen, und 2) eine Patientin mit einem endothelialen Lymphosarkom, ausgegangen vom Mediastinum.

Herr Ströhmberg hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber die Methylalkoholvergiftung».

Vortragender giebt ein ausführliches, zur Veröffentlichung in der «St. Petersburger medizinischen Wochenschrift» bestimmtes Referat über die amerikanische Arbeit von Dr. Buller und Casey A. Wood über diesen Gegenstand, mit einer wörtlichen Uebersetzung der Schlussfolgerungen dieser Gelehrten und mit eigenen kritischen Bemerkungen. Er lässt es auch an einem Hinweise auf die Bedeutung dieses Giftes für Russland nicht fehlen.

(Autoreferat).

Diskussion:

Herr Truhart wundert sich über das geringe Material über Vergiftungen mit Methylalkohol in der ophthalmologischen Literatur Europas. Dann bemerkt er, dass auf dem letzten livländischen Aerztetage im Anschlusse an den dort gehaltenen Vortrag Dr. Ströhmbergs über die Methylalkoholvergiftung die Anregung gegeben wurde, an die Medizinalverwaltung ein Gesuch einzureichen, dass der Methylalkohol auf die Giftliste gesetzt werden möge; soviel ihm erinnerlich, habe die Gesellschaft Livländischer Aerzte die Einreichung solch' eines Gesuches sogar beschlossen. Truhart fragt Ströhmberg, ob in dieser Angelegenheit schon etwas geschehen sei.

Ströhmberg antwortet, dass in der Statistik von Wood nur 3 Fälle von Methylalkoholvergiftung aus Europa erwähnt worden sind, und zwar einer aus Frankreich und 2 aus Deutschland. In seiner letzten Arbeit hatte Wood übrigens auch schon die Dorpater Fälle angeführt. In bezug auf die Eintragung des Methylalkohols in die Giftliste glaubt Ströhmberg, dass die Veröffentlichung dieses Vortrages vielleicht schon dazu genügen würde. Uebrigens sei ihm bekannt, dass die Medizinalbehörde sich bereits für die Frage interessiere, denn es seien die Krankengeschichten der betreffenden Fälle aus dem Dorpater Stadthospital in die Medizinalabteilung eingefordert worden.

Prof. G. v. Oettingen fragt, ob in allen hier beobachteten Fällen eine Neuritis retrobulbaris konstatiert worden sei.

Herr Ströhmberg antwortet, dass eine solche nur in 3 Fällen beobachtet worden ist.

Herr Klau hält es für zweckmässig, dass auch das Publikum etwa durch Veröffentlichung in der Presse über die Giftigkeit des Methylalkohols, den es zum Teil nur unter den Namen Holzgeist oder Brennspiritus kenne, orientiert würde.

Vorsitzender: Ströhmberg.
Sekretär: W. Hollmann.

Berichtigung.

In Nr. 46, S. 480, Z. 37 von oben statt Bobrikow lies Bobrinski.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Professor Dr. Ernst v. Bergmann in Berlin hatte sich vor kurzem auf einer Reise nach Köln eine schwere Lungenentzündung zugezogen, befindet sich aber bereits auf dem Wege der Besserung, so dass er voraussichtlich in der nächsten Woche seine ärztliche und akademische Tätigkeit wird aufnehmen können.

— Der bisherige Gehülfe des Ministers der Volksaufklärung, Geheimrat Dr. med. Lukjanow, ist mittelst Allerhöchsten Ukases zum Senator ernannt worden.

— Die neugestiftete Tuberkulosemedaille wurde in Paris während des internationalen Kongresses für

Digitized by Google

Tuberkulose den Professoren Rob. Koch und Paul Brouardel in Gold, und den Professoren v. Schrötter, Bang, Biggs und Broadlet in Silber zuerkannt.

— Die «Dagens Nyheter» wollen erfahren haben, dass der diesjährige Nobelpreis für Medizin dem Professor Robert Koch in Berlin zuerkannt werden wird.

— Für Auszeichnung im Kriege mit Japan ist dem Korpsarzt des 16. Armeekorps Dr. Koltschewski und dem Divisionsarzt der 25. Inf.-Division Dr. Bjeljawin der St. Wladimirorden III. Klasse mit Schwertern verliehen worden.

— Der Konsultant der hiesigen Maximilian-Heilanstalt Dr. Garfinkel und der Prosektor der militär-medizinischen Akademie Dr. Kalantarianz sind ihrer Bitte gemäss verabschiedet worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Im Flecken Rybniza (Podolien) der Eisenbahnarzt an den Südwestbahnen Dr. Demetrius Daragan im 50. Lebensjahre nach 23-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 2) Im Flecken Rushany (Gouv. Grodno) der freipraktizierende Arzt Chazkel Halpern, Reserve-Medizinalbeamter des Militär-Medizinalressorts für den Ssionimschen Kreis, im Alter von 36 Jahren. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1897 erlangt. 3) Am 2. November in Kiew die Aerztin M. Ssokalskaja geb. Umnowa im 53. Lebensjahre an Aneurysma aortae. Die Verstorbene, welche ihre medizinische Ausbildung noch in den früheren weiblichen medizinischen Kursen erhalten hatte, ist anfangs in Pensa, dann in Morschansk praktisch tätig gewesen, hat aber, wie ein Kollege im «R. Wratsch» mitteilt, schon nach sechs Jahren ihre ärztliche Tätigkeit aufgegeben und sich ganz ihrer Familie gewidmet, da sie als eine der ersten russischen weiblichen Aerzte in Pensa und noch mehr in Morschansk Misstrauen und Verständnislosigkeit in der Gesellschaft begegnete. 4) In Freiburg im Breisgau der bekannte pathologische Anatom Professor Dr. Ernst Ziegler im 57. Lebensjahre. In der Schweiz geboren, widmete er sich dem Studium der Medizin in Bern und Würzburg. In seine Spezialwissenschaft wurde Ziegler von Prof. Ed. Klebs, der damals in Bern dozierte, eingeführt und später von Prof. Rindfleisch, dem jetzigen Senior der deutschen Pathologen, weiter geschult. Seine akademische Lehrtätigkeit begann er 1875 an der Würzburger Universität als Privatdozent, wurde dann ordentlicher Professor der pathol. Anatomie in Tübingen und 1882 in Zürich. Seit 1889 wirkte er in Freiburg. Der Hingeschiedene hat sich um die pathol. Anatomie vielfach verdient gemacht. An erster Stelle kommen seine Einzelstudien in Betracht, dann seine Verdienste um das pathologisch-anatomische Zeitschriftenwesen. Ganz besonders ist noch der Einfluss zu erwähnen, den er durch die zusammenfassende Darstellung seiner Disziplin auf die Verbreitung pathologisch-anatomischer Kenntnisse unter den Medizinstudierenden und Aerzten ausgeübt hat. Durch sein Lehrbuch der pathologischen Anatomie ist Ziegler in der ganzen medizinischen Welt bekannt geworden. 5) Am 5. Dezember n. St. zu Berlin der Generalstabsarzt der deutschen Armee, Professor Dr. v. Leuthold, erster Leibarzt des deutschen Kaisers, an der Influenza im 74. Lebensjahre. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir nächstens.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Auf Beschluss der Professorenkonseils sind die Universitäten in Moskau, Dorpat, Kasan, Kiew, und Tomsk bis zum 1. Januar 1906 geschlossen worden. An der Odessaer Universität sollten, dem Beschluss des Konseils zufolge, am 7. November die Vorlesungen und wissenschaftlichen Beschäftigungen wieder aufgenommen werden, — ob das geschehen, darüber liegen keine Nachrichten vor.

— Der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie und Assistent des klinischen Militärhospitals Dr. Orlow ist zum ausserordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Odessaer Universität ernannt worden.

— Der Privatdozent der Moskauer Universität Dr. S. Ssuchanow, der als Bewerber um den Lehrstuhl der Psychiatrie an der Universität Kasan aufgetreten war, hat, wie der «R. Wr.» hört, seine Kandidatur zurückgezogen.

— Die Königl. Gesellschaft der Wissenschaften in Berlin hat dem Prof. extraord. der Augenheilkunde Dr. Ernst Hertel in Jena für Studien über die physiologischen Wirkungen der chemisch wirksamen Lichtstrahlen eine Unterstützung im Betrage von 400 Mark bewilligt.

Standesangelegenheiten.

— Dreizehn an den städtischen Gebärasylen in Moskau angestellte Aerzte haben dem Stadtamt ihren Austritt aus der Kommission, die bei den Gebärasylen aus den Kuratorinnen und den Aerzten dieser Asyle besteht, angezeigt, da die Berichte der Kommission vom Stadtamt ignoriert werden und sowohl die Kommission als auch einzelne Aerzte seitens des Stadtamts durch Misstrauen, Eigenmächtigkeit, Willkür und Intrigen beleidigt worden sind. Dabei bezieht ein städtischer Akkoucheur an einem selbständigen Gebärasyl vom Stadtamt ein Gehalt von nur 16 Rbl. 66 Kop. monatlich!

— Der Generalbevollmächtigte des «Roten Kreuzes» Senator v. Kaufmann hat, wie wir seinerzeit berichteten, aus Tschita telegraphisch die Entlassung des der Odessaer Sanitätskolonne angehörenden Arztes M. M. Rjesanow beantragt, weil dieser Arzt angeblich einen demoralisierenden Einfluss auf das Personal ausübe, Gelder des Roten Kreuzes verschleudere und im Aerzteverein Vorlesungen gehalten habe, welche das Ansehen des «Roten Kreuzes» schädigten. Später erklärte Senator Kaufmann durch die Zeitungen, dass er den Arzt Rjesanow hauptsächlich wegen Verschleuderung von Kronsgeldern aus der Odessaer Abteilung des «Roten Kreuzes» entlassen habe; der das Ansehen der Organisation des «Roten Kreuzes» schädigende ärztliche Bericht Rjesanows in der Gelehrten-Gesellschaft sei nur ein nebensächlicher Beweggrund zur Entfernung eines solchen Arztes aus dem «Roten Kreuz» gewesen.

Dr. Rjesanow zog nun nach seiner Ankunft in Odessa sofort durch den vereideten Rechtsanwalt Zwilling den Senator v. Kaufmann wegen Verleumdung zur gerichtlichen Verantwortung, und erklärte in den Zeitungen, dass er in der Odessaer Abteilung des «Roten Kreuzes» keine Obliegenheiten wirtschaftlichen Charakters auszuüben hatte und demnach auch keine Kronsgelder vergeuden konnte. Seitdem war ziemlich viel Zeit verflossen, bis folgende, aus dem «Werchne-Udinskij Listok» entnommene Mitteilung im «Praktitscheski Wratsch» erschien:

«Der Generalbevollmächtigte des «Roten Kreuzes» Senator v. Kaufmann zieht die Vollzugskommission zur gerichtlichen Verantwortung, weil sie seine Vorstellung zur Entlassung des Arztes M. M. Rjesanow nicht richtig veröffentlicht hat». — «Demnach sieht Herr v. Kaufmann, bemerkt der «Praktitscheski Wratsch», wenn auch etwas spät, selbst ein, dass jene Beweggründe, auf Grund deren die Entlassung Dr. Rjesanows erfolgt ist, nicht stichhaltig sind».

Es wird weiter mitgeteilt, dass mit dieser Erklärung der Rjesanowsche Zwischenfall noch lange nicht erschöpft sei und dass ihm noch weitere Phasen bevorstehen. Die Mitglieder der Odessaer Abteilung des «Roten Kreuzes» bestehen darauf, dass auf Grund von Materialien, die von M. M. Rjesanow hervorgehoben worden sind, der ganze Zwischenfall vor einem kollegialischen Gericht verhandelt werden soll.

— Zu dem in Nr. 44 u. 45 mitgeteilten Inzident im St. Petersburger Hospital St. Nikolaus des Wundertäters, betreffend die eigenmächtige Einführung der Autonomie auf kollegialer Grundlage in diesem Hospital, können wir heute ein Seitenstück aus Moskau anführen. Wie die Zeitung «Ssyn Otetschestwa» berichtet, hat das Dienstpersonal des städtischen Ssokolniki-Hospitals in Moskau den Direktor des Hospitals Dr. Netschajew abgesetzt, und ein temporäres Komitee eingesetzt, das jetzt auch die Angelegenheiten des Hospitals leitet. In dieses Komitee sind gewählt worden: 4 Aerzte, 4 Feldscher, 8 vom niederen Dienstpersonal, 1 Pharmazeut und ein Vertreter seitens der Kontorbeamten des Hospitals. — Ob nicht in Moskau ebenso wie in Petersburg die Hospitalkommission und die Stadtverwaltung ein energisches Veto einlegen werden?

— Der Rückgang des Studiums der Medizin ist in den letzten Jahren in Deutschland ein immer grösserer geworden. Das letzte Heft der Preussischen Statistik gibt u. a. eine interessante Uebersicht über die Zahl der Medizinstudierenden an deutschen Universitäten vom Jahre 1830 an bis zum Jahre 1903, aus der sich dieser Rückgang von einem bestimmten Zeitpunkte an ziffermässig nachweisen lässt. Zieht man das letzte Jahrzehnt zum Vergleich heran, so studierten von den gesamten Studierenden aller deutschen Universitäten im Jahre 1892/93 noch 29.41 v. H., im Jahre 1902/03 nur 17.03 v. H. Medizin. «Wir sind», so bemerkt hierzu die Deutsche medizinische Wochenschrift, «auf einem Punkte angelangt, wo eine weitere Abmahnung vom Medizinstudium im Interesse der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung nicht mehr so dringlich wie in früheren Jahren erscheint. Schon jetzt macht sich nach unseren Informationen ein Mangel bei der Bewerbung um erledigte Assistentenstellen fühlbar. Dieser Mangel an Assistenten dürfte noch verstärkt werden, wenn durch die Verlängerung des Studiums und durch die Einfüh-

Digitized by Google

rung des praktischen Jahres eine Reihe von jungen Aerzten, die früher in der Lage gewesen wären, noch ein bis zwei Jahre für eine Assistententätigkeit zu opfern, gezwungen wird, unmittelbar nach Erlangung der Approbation in die Praxis zu gehen».

Epidemiologisches.

— Pest. An der Pest erkrankten im Astrachanschen Gouvernement im Laufe der Woche vom 12.—17. November 48 und starben 68 Personen, darunter 42, resp. 62 in der Kirgisensteppe und 6 resp. 6 im Kreise Krassnojarsk. Im ganzen sind seit Mitte Oktober in der Kirgisensteppe 293 Personen an der Pest erkrankt und 279 gestorben und im Kreise Krassnojarsk 23 Personen erkrankt und gestorben.

Verschiedene Mitteilungen.

— In nächster Zeit wird in Odessa unter der Redaktion des Professors der Diagnostik an der dortigen Universität Dr. Peter Walter, und des Arztes an der Ambulanz des Odessaer Stadthospitals Dr. Abraham Grünfeld (früherer Assistent Prof. Kobert's in Dorpat) eine neue Zeitschrift in russischer und deutscher Sprache herausgegeben werden unter dem Titel «Международное терапевтическое обозрѣніе» — («Internationale therapeutische Rundschau»). Die Zeitschrift wird 2 mal monatlich erscheinen. Der Subskriptionspreis beträgt 3 Rbl. jährlich.

— Im Kirchdorf Kargopolskoje (Gouv. Perm) giebt der dortige Landschaftsarzt Alexander Kuropatwinski ein Volksblatt unter dem Titel «Kargopolski Listok» heraus, von dem die erste Nummer (lithographiert) bereits erschienen ist.

— Im rigaschen Kriegshospital ist es unter den dort untergebrachten Kranken (gegen 1000 Mann) zu einer verdächtigen Gärung gekommen. So verlangten sie vor einigen Tagen, wie das «Rig. Tageblatt» berichtet, unzufrieden mit der geringen Portion, zum zweitenmal das Abendessen, welcher Wunsch auch seitens der Administration erfüllt wurde. Zu weiteren Zwischenfällen ist es nicht gekommen.

— Die diätetische Küche für Magen- und Darmkranke von Dr. Karl Wegele. IV. Auflage 1905 Verl. v. G. Fischer in Jena.

Dem in Aerzte- und Laienkreisen immer mehr sich ausbreitenden Sinn für Diätetik Rechnung tragend, giebt der bekannte Verfasser der «Therapie der Magen- und Darmkrankheiten», welche nur für Aerzte bestimmt ist, in dem vorliegenden Büchlein eine treffliche Anleitung für Laien, wie die Diät bei den hauptsächlichsten Verdauungsstörungen einzurichten ist. Nach einer kurzen Einleitung, in welcher der Begriff der Verdaulichkeit der Speisen, der Nährwert der Nahrungsmittel, sowie der tägliche Nahrungsbedarf des Menschen erläutert wird, folgt auf c. 28 Seiten die diätetische Nahrungsmittellehre, d. i. die Beurteilung der einzelnen Nahrungsmittel nach ihrem Nährwert und ihrer Verdaulichkeit, wobei oft auch auf den Preis und die Bezugsquellen hingewiesen wird. Im III. Kapitel werden dann die speziellen Diätvorschriften besprochen, die bei den hauptsächlichsten Magendarmerkrankungen erlaubten und verbotenen Speisen wie Getränke angeführt und an einigen Beispielen gezeigt, in welcher Weise sich geeignete Speisezettel im einzelnen Falle zusammenstellen lassen. Den Schluss bildet eine reichhaltige Sammlung diätetischer Kochrezepte von Frau Josephine Wegele.

Beim Lesen der kleinen Schrift macht sich überall die reiche ärztliche Erfahrung des Verfassers, der eine Anstalt für Magen- und Darmkranke in Königsborn leitet, bemerkbar und kann daher das Büchlein ohne Bedenken vom Arzt dem Magendarmkranken oder seinen Angehörigen als ein zuverlässiger Führer für die diätetische Küche empfohlen werden. Die Ausstattung ist eine durchaus gefällige.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Nov. d. J. 10889 (56 mehr als in d. Vorw.), darunter 975 Typhus — (3 wen.). 997 Syphilis — (14 mehr), 405 Scharlach — (16 wen.) 131 Diphtherie — (13 wen.), 82 Masern — (12 wen.) und 10 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 6. bis zum 12. Nov. d. J. im ganzen 779 (458 M., 321 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 31, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 13, Scharlach 29, Diphtherie 36, Croup 0, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 12, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 68, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 91, Tuberkulose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 16, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungskanals 49, Totgeborene 37.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 29. Nov. 1905.

Tagesordnung: Westphalen: Ueber Resorption im Darm.

Germann: Ueber Seereisen zu Kurzwecken und über die Seekrankheit.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Dez. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu Hauskuren in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven-** und **Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

◆ Käuflich in allen Apotheken. ◆ (51) 25—22.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

◆ Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober. ◆

Prospekte durch die Bade-Direktion Roncegno in Südtirol.

Stottern heilt dauernd die Sprachlehranstalt (mit Pension) Prov. Martin Wagner. Neueste Methode. Keine Rückfälle!! С. П. Б. Екатерининскій каналъ 52 (Демидовъ мостъ) кв. 52 (Lift). Zahlreiche glänzende Atteste. Prospekte gratis.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. **Koeniger.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16. Qu. 18.

Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.

Digitized by Google

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(61) 17—12.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 8 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose, chron. Ekzeme.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

CHINAPHENIN

Geschmacklose Verbindung von Chinin und Phenetidin, bewährtes Mittel bei **Keuchhusten, Influenza, Malaria** und **Neuralgien.**

ARISTOCHIN

Geschmackloses Antipyreticum, gegen **Influenza, Typhus, Keuchhusten** und **Malaria.**

SALOCHININ

Geschmackloser Chininkörper, heilend und schmerzstillend bei verschiedenen **Neurosen**, tadelloses Antipyreticum, speziell auch beim **Typhus**, da reizlos und milde.

(87) 4—2. **RHEUMATIN**

Gegen akuten **Gelenkrheumatismus**; wegen völliger Geschmacklosigkeit und Neutralität für Magen und Herz speziell indiziert bei schwersten und empfindlichen Fällen.

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien:

Deutsche Chirurgie. Herausgegeben von E. von Bergmann und P. von Bruns. Lieferung 46c: **Lieblein, Doz. Dr. V.** und **Hilgenreiner, Dr. H., Die Geschwüre und die erworbenen Fisteln des Magendarmkanals.** Mit 4 Tafeln und 47 Textabbildungen. gr. 8°. 1905. geh. M. 23.40.

Handbuch der praktischen Medizin. Herausgegeben von W. Ebstein u. J. Schwalbe. Vier Bände. **Zweite Auflage. III. Band. Krankheiten des Nervensystems mit Einschluss der Psychosen. Krankheiten der Bewegungsorgane. I. Hälfte.** Mit 27 Abbildungen. gr. 8°. 1905. geh. M. 10.—

Takayama, Dr. M., Beiträge zur Toxikologie und gerichtlichen Medizin. Nebst einem Vorwort von Prof. Dr. R. Kobert. Mit 4 Tafeln. gr. 8°. 1905. geh. M. 7.—

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nerven-, Morphium-, Alkohol- etc. Kranke

Gegründet 1890 **B.-Baden** Gegründet 1890

Mildeste Form der Morphium-Entziehung ohne Zwang und Qualen unter sofortigem Wegfall der Spritze in 4—6 Wochen. Prospekte kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen.)

Bes. u. dirig. Arzt Dr. Arthur Meyer. 2 Aerzte.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
JAN 10 1906

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 48 St. Petersburg, den 3. (16.) Dezember. **1905.**

Inhalt: Dr. A. von Sass: Erfahrungen über die Wirkung der Schlammbäder. — Dr. O. v. Küttner: Beitrag zur Pubiotomiefrage. — Protokolle des XVII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. Aug. 1905. — Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat. — Tagesnachrichten. — Anzeigen.

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medizinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1906 unter der **jetzigen** Redaktion und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer **Aufgabe getreu**, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl **als** durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medizinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte**, des **deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg**, der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga**, der **medizinischen Gesellschaft zu Dorpat**, der **Gesellschaft Livländischer Aerzte**, der **Estländischen ärztl. Gesellschaft**, der **Gesell. prakt. Aerzte zu Libau** und des **Livländischen ärztl. Rechtsschutzvereins**. — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der russischen medizinischen Literatur widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über **alle wichtigeren in russ. medizin. Journalen erscheinenden Arbeiten** den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der Abonnementspreis ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das Jahr, **4 Rbl.** für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, **10 Mark** für ein **halbes Jahr. Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky Prospekt Nr. 14, zu richten.

Erfahrungen über die Wirkung der Schlammbäder.

(Vortrag, gehalten auf dem XVII. Aerztetage der Gesellschaft Livländischer Aerzte in Arensburg 1905.)

Von

Dr. A. von Sass.

Wenn ich Sie, meine Herren, um einige Minuten Gehör bitte, so geschieht es nicht, um einen wissenschaftlichen Vortrag, fussend auf exakten klinischen Untersuchungen, zu halten, sondern ich beabsichtige nur meine persönlichen Erfahrungen betreffend Schlammbadekuren darzulegen. Ich habe mich dazu entschlossen, weil die Balneotherapie fast alle ihre Erfolge der Empirie verdankt, während die Theorie uns auf diesem Gebiet fasst ganz im Stiche lässt. Es wäre dringend zu wünschen, dass möglichst viele Kollegen aus unseren Badeorten ihre Erfahrungen zum besten geben wollten, um so mehr als man in weiten Kreisen noch wenig darüber orientiert ist, was die Schlammbadekuren bezwecken und was sie leisten.

Als ich vor 16 Jahren hier am Ort die Badepraxis begann, trat ich mit der äussersten Skepsis den vielgerühmten Erfolgen der Schlammbäder gegenüber.

Mit der Zeit hat sich meine Ansicht vollständig geändert, die Erfolge waren so in die Augen springend, dass ich nicht umhin konnte, dem Schlamm einen grossen theoretischen Wert zuzugestehen, obgleich eine befriedigendere Erklärung für die Wirkungsweise sich nicht geben liess. Während ich in den ersten Jahren die Wirkung ausschliesslich auf physische Einflüsse zurückzuführen suchte, drängte sich mir später mehr und mehr die Ueberzeugung auf, dass es sich vielleicht doch um chemische Einflüsse handeln könnte, was die Wissenschaft allerdings strikt in Abrede stellte. Jedenfalls musste meiner Ansicht nach ein noch gänzlich unbekannter Heilfaktor im Schlamm enthalten sein. Die neuentdeckte Radioaktivität dürfte ein solcher sein neben noch unbekannten Faktoren; ich bin jedoch weit entfernt davon, mir darüber ein positives Urteil zu erlauben. Wenn nun auch die exakte Wissenschaft nicht imstande ist, eine genügende Erklärung für die Schlammwirkung abzugeben, so steht doch für jeden unbefangenen Beobachter das Faktum fest, dass wir im Schlamm ein mächtiges therapeutisches Agens besitzen. Ein weiterer sehr wichtiger Heilfaktor, der bei den hiesigen Bädern, besonders bei der Behandlung der Skrophulose mit in Rechnung gezogen werden muss, ist unzweifelhaft das Inselklima und es ist schwer zu entscheiden, wieviel von der günstigen Wirkung auf den Schlamm und wie viel auf das Inselklima zu beziehen ist. Ich habe versucht, vergleichende Beobachtungen in dieser Hinsicht anzustel-

Digitized by Google

len, doch ist es naturgemäss schwer, zu sicheren Schlüssen zu gelangen. Mir will es scheinen, als ob beide Faktoren gleichwertig sind und sich gegenseitig ergänzen.

Ohne fürs erste auf die Indikationen näher einzugehen, will ich nur feststellen, dass nach meiner Ansicht der Schlamm an und für sich in keinem Fall kontraindiziert ist. Auszunehmen sind vielleicht Gravide, da der Schlamm erfahrungsgemäss durch die Scheide tief in die Cervix dringen kann. Mir ist allerdings kein Fall von Abort nach Gebrauch von Schlammbädern bekannt. In früheren Zeiten galt als strengste Kontraindikation der Nachweis eines Herzfehlers beim Patienten. Dagegen muss ich aber behaupten, dass es nicht der Schlamm ist, der eine Kontraindikation bildet, sondern das Bad an sich und die Temperatur desselben. Ich habe niemals eine schädliche Wirkung speziell des Schlammes auf Herzkranke konstatieren können, sondern — im Gegenteil bei Einhaltung indifferenter oder niedriger Temperaturen und nicht zu konzentrierter Bäder fast ausnahmslos eine günstige Wirkung beobachtet. Das Allgemeinbefinden wird wesentlich gebessert, bei herabgekommenen Herzkranken steigen gewöhnlich die Ernährung und das Körpergewicht. Es hat zuweilen den Anschein, als ob die Schlammbäder ähnlich den kohlensauren Bädern wirken, was nicht weiter auffallen kann, da der Schlamm, besonders im Verein mit Kochsalz eine leichte hautreizende Wirkung hat, so dass kühlere Temperaturen im Schlammbade weniger empfunden werden als im Wasserbade. Ich bin mir wohl bewusst, dass ich hiermit eine ketzerische Ansicht ausgesprochen habe, aber ich behaupte auch nur, dass solche Herzkranke, bei denen Bäder überhaupt nicht kontraindiziert sind, auch mit gutem Gewissen Schlammbäder brauchen können und dass letztere oft eine auffallend günstige Wirkung auf das Herz ausüben. Vor allem tritt bei beschleunigtem Puls eine Pulsverlangsamung ein, der Puls wird regelmässig und oft habe ich ein Zurückgehen der Dilatation des rechten Ventrikels feststellen können.

Es ist vielfach behauptet worden und eine ziemlich allgemein verbreitete Ansicht, dass Schlammbadekuren das Körpergewicht stets herabsetzen, besonders bei längerer Dauer der Kur. Auch dem kann ich nicht beipflichten, denn meine Erfahrungen der letzten 10 Jahre, wo ich diesem Punkt eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt habe, haben mich folgendes gelehrt: in der Hälfte der Fälle bleibt das Körpergewicht in der ersten Hälfte der Kur unverändert, in einem Viertel wird es herabgesetzt und in einem Viertel beginnt es sofort zu steigen. Zum Schluss der Kur ist das Bild folgendes: Zunahme des Körpergewichtes bei ca. 75 pCt. der Badenden. Dieses Ansteigen dauert gewöhnlich noch monatelang nach Beendigung der Kur fort. Es ist auch hier nicht der Schlamm, welcher eine Herabsetzung des Körpergewichts bedingt, sondern die Temperatur und die Dauer des Bades. Wenn man sich mit nicht zu hohen Temperaturen begnügt, so tritt in der Mehrzahl der Fälle eine Gewichtszunahme ein. Mir sind Fälle vorgekommen, besonders bei Kindern und anämischen Frauen, wo die Zunahme 8—25 Pf. betragen hat. Letzteres in einem Fall, wo es sich um eine skrophulöse, hochgradig anämische nervöse Frau handelte, deren Gewicht nicht volle 120 Pf. betrug. Im folgenden Winter nahm sie weitere 21 Pf. zu, so dass das Gewicht in einem Jahr auf ca. 165 Pf. stieg. Die Dame war im folgenden Jahre so blühend, dass ich sie nicht wiedererkannte. Es giebt allerdings auch anämische und chlorotische Frauen und Kinder mit erethischer Skrophulose, welche die Schlammbäder nicht vertragen, der Appetit und die Ernährung gehen zurück, der Haemoglobingehalt des Blutes sinkt — die Kur muss abgebrochen werden. Solche Personen vertragen meistens auch andere Bäder nicht, vielleicht auch das Inselklima nicht — es ist also nicht der Schlamm, welcher die schädliche Wirkung ausübt. — Was die Schlammbäder bei Nervösen, besonders bei Frauen anbetrifft, so ist die Beobachtung der Wirkung der Bäder sehr erschwert, denn ein grosser Teil der angeblich schädlichen Schlammwirkung beruht auf Suggestion. Wie sollte es auch anders sein: das Publikum ist überzeugt, im Schlamm ein äusserst different wirkendes Mittel zu suchen, ja es giebt auch noch Kollegen, die diese Ansicht teilen. Es hat sich beim Publikum ein ganzer Sagenkreis von der «zu starken Schlammwirkung» gebildet und da ist es natürlich, wenn der Neurastheniker oder die Hysterische schlimme Erfahrungen machen. In den meisten Fällen gelingt es allerdings durch Zureden und Erklären die üblen Wirkungen zu beseitigen; ich könnte dafür eine grosse Zahl von Beispielen anführen. — Es ist falsch, einem Kranken zu sagen: Sie sind zu nervös, Sie werden das Schlammbad nicht vertragen, aber versuchen können Sie es immerhin. Dann verträgt der Kranke die Bäder ganz sicher nicht. Geht er unbefangen und nicht voreingenommen an die Bäder, so verträgt er sie meistenteils. Also auch hier muss ich behaupten, dass der Schlamm keine Kontraindikation abgiebt bei Nervösen, sondern in wenigen Fällen das Bad an sich.

Was die Häufigkeit der Bäder anbetrifft, so bin ich der Ansicht, dass allerdings nervöse herabgekommene Frauen und Kinder mit erethischer Skrophulose wenigstens in der ersten Zeit nicht mehr als 3 mal in der Woche baden sollten. Wenn aber im Verlauf der Kur der Appetit steigt, der Schlaf sich bessert, so sollte täglich gebadet werden, auch wenn Patienten über grosse Müdigkeit klagen, denn letztere hat nichts zu sagen, besonders wenn Patient, wie es oft vorkommt, nach dem Bade 1—2 Stunden und auch die ganze Nacht schläft.

Bei Exsudaten jeglicher Art halte ich es für durchaus wünschenswert, täglich zu baden, da es sich gezeigt hat, dass dieselben dann viel schneller schwinden; — natürlich darf das nicht geschehen auf Kosten des Allgemeinbefindens. Die sogenannte «Nervosität» und Müdigkeit sind von keinem Belang, wenn der Allgemeinzustand und das lokale Uebel sich bessern. Ich gebe zu, dass durch zu vieles und häufiges Baden Schaden gestiftet werden kann, wenn kritiklos darauf los gebadet wird, um nur möglichst schnell eine bestimmte Zahl von Bädern zu erreichen, ohne dass dem Allgemeinbefinden Rechnung getragen wird. Zu Beginn der Kur lässt es sich unmöglich voraussehen, wie die Bäder vertragen werden und wie oft gebadet werden soll. Oft sieht man zu seiner Ueberraschung, dass gerade nervöse anämische Frauen mit Beckenexsudaten die täglichen Bäder vorzüglich vertragen: sie erholen sich sichtlich, die Exsudate gehen zurück; dann ist nicht einzusehen, warum nicht täglich gebadet werden soll, besonders wenn die Zeit der Pat. beschränkt ist. Natürlich ist strengstes Individualisieren erforderlich.

Von grosser Wichtigkeit während der Bäder ist ein kurgemässes, regelmässiges Leben, wogegen oft gesündigt wird. Wenn ein Pat. die Bäder nicht verträgt, so liegt es oft nur daran, dass das Vergnügen die Haupt-, die Kur aber Nebensache ist.

Die Temperatur des Bades spielt natürlich eine wichtige Rolle, doch will es mir scheinen, dass die indifferenten Temperaturen im allgemeinen mehr Nutzen bringen als hohe, abgesehen von speziellen Indikationen für höhere Temperaturen. Bei der lokalen Applikation des Schlammes kommt es meines Erachtens nicht so sehr auf die Höhe der Temperatur, als auf den innigen Kontakt des Schlammes mit der Körperoberfläche an; meist genügt die Temperatur von 35—36° R. Bei der torpi-

Digitized by Google

den Form der Skrophulose mit grossen Drüsenpacken, schwammigem Körper leisten im allgemeinen hohe Temperaturen mehr, während bei der erethischen Form sich mir fraglos Temperaturen von 27—28° R. als günstiger erwiesen haben. Die besten Resultate habe ich bei ersterer Form erhalten durch Behandlung mit ziemlich konsistenten Schlammbädern von 30—31° R., wobei jedenfalls eine Entwässerung der Gewebe durch das nachfolgende Schwitzen sicherer erreicht wird, als durch kalte Seebäder, die jedoch als Nachkur durchaus zu empfehlen sind. Die Kinder nehmen während der heissen Bäder ab, die Hautfarbe bessert sich und die Verdauung regelt sich. Während der Seebäder tritt allerdings meistenteils eine Körpergewichtszunahme auf, die indessen nicht viel zu bedeuten hat, da der ganze Habitus des Kindes sich zum Vorteil verändert hat. Von der Anwendung heisser Schlammkompressen habe ich oft gute Resultate gesehen, doch hat meiner Ansicht nach bei der Behandlung der Skrophulose die Allgemeinwirkung des Schlammes eine viel grössere Bedeutung als die lokale. — Geradezu kontraindiziert halte ich die lokale Anwendung des heissen Schlammes bei starker Drüsenschwellung mit erhöhter Körpertemperatur.

Was die Indikationen für den Gebrauch der Schlammbäder anbetrifft, so will ich mich möglichst kurz fassen und nur die wichtigsten erwähnen.

Vor allem ist es die Skrophulose in ihren verschiedenen Formen, bei der der Schlamm günstig wirkt. Es ist ziemlich allgemein die Ansicht verbreitet, dass zur Behandlung Skrophulöser Seeluft und kalte Seebäder genügen. Von der spezifischen Wirkung der Schlammbäder auf Skrophulöse ist in weiten Kreisen nichts bekannt. Alljährlich kommen hier skrophulöse Kinder mit der Weisung ihres Arztes an, kalte Seebäder zu nehmen, während doch gerade der Schlamm bedeutend mehr leistet, als erstere. Es hat den Anschein, als ob die Schlammbäder die vitale Tätigkeit des Gesamtorganismus steigern und dadurch eine Ueberwindung der Schädlichkeiten fördern. Die kalten Seebäder als Nachkur sind allerdings ein nicht zu unterschätzender Faktor. Ueber die Wirkung der Schlammbäder auf die Skrophulose nur ein Beispiel: L. R. aus Kurland, 23 Jahre alt, skrophulöser Habitus, beträchtliche Anaemie, beiderseits am Halse grosse Drüsenpakete, rechts 2 Narben, herrührend von Incision bei vereiterten Drüsen, Lungen frei, Temperatur normal. Nachdem Pat. 30 Schlammbäder mit Schlammkompressen genommen, folgender Befund: Drüsen um die Hälfte verkleinert, bessere Gesichtsfarbe, Gewichtszunahme 8 Pf. Im nächsten Jahre konstatierte ich folgenden Status: blühende Gesichtsfarbe, Drüsenschwellung bis auf einen unbedeutenden Rest vollständig zurückgegangen.

Eine zweite wichtige Indikation bilden die Knochen- und Gelenkerkrankungen, besonders die tuberkulösen. Es ist hier wieder die Allgemeinwirkung, die besonders ins Auge fällt, obgleich auch die lokale Anwendung des Schlammes Erfolge hat.

Sehr instruktiv ist folgender Fall:

N. F., 5 Jahre alt aus Wilna, ist wegen linkseitiger Coxitis, ausgedehnter Caries des Darm- und Kreuzbeines wiederholt operiert worden, bietet bei der Ankunft hier folgendes Bild: hochgradige Anaemie, wachsgelbe Gesichtsfarbe, Temperatur schwankt zwischen 38,5 und 40°, kolossale Abmagerung, in der linken Leiste, am Trochanter und zwischen Darm- und Kreuzbein mehrere stark eiternde Fisteln. Lunge frei. Nach 6 Bädern, wobei Pat. auf einem Rahmen liegend im Bade gehalten werden musste, fiel die Temperatur auf 38°, es trat eine stärkere Sekretion ein; nach weiteren 6 Bädern stellte sich Appetit ein, Temperatur 37—37,5, das Allgemeinbefinden hob sich. So besserte sich der Zustand stetig bis auf eine Exacerbation, hervorgerufen durch einen Abszess in der Leiste, welchen ich öffnete. Zum Schluss der Kur sind alle Fisteln bis auf eine in der Leiste geschlossen, Gewichtszunahme 5 Pf. Im Herbst desselben Jahres begann Pat. mit einem Stützapparat zu gehen.

Im Laufe von 4 Jahren hat der Zustand sich soweit gebessert, dass Pat. ohne Stützapparat geht und läuft, eine Fistel ist noch offen, sezerniert fast gar nicht, Temperatur ständig normal, normale körperliche Entwickelung.

Ich könnte noch eine Menge ähnlicher Beispiele anführen, die die günstige Wirkung des Schlammes auf tuberkulöse Knochen- und Gelenkerkrankungen beweisen, doch würde das zu weit führen.

Nächst den Skrophulösen und den an Knochen- resp. Gelenktuberkulose Erkrankten liefern die Frauen mit Beckenexsudaten das Hauptkontingent der Badenden.

Die Resultate der Schlammbäderbehandlung sind ziemlich allgemein bekannt, doch dürfte folgender Fall nicht ohne Interesse sein: Frau K., 24 Jahre alt, hat vor 2 Monaten eine Appendicitis nebst Oophoritis dextra durchgemacht, 3 monatelang bei hohem Fieber gelegen. Befund: Beträchtliche Anämie, sehr reduzierte Ernährung, die Parametrien der rechten Seite verdickt und sehr schmerzhaft, Ovarium vergrössert, sehr empfindlich, die verdickte Appendix deutlich palpabel. Temp. 37,1—37,5. Sehr schlechter Appetit, Stuhl normal, Menses unregelmässig und schmerzhaft.

Pat. erhält täglich Bäder von 28° mit Salz und Fichtenextrakt nebst Schlammhose. Nach 6 Bädern hat Pat. 3½ Pfund zugenommen, Appetit hat sich eingestellt. Nach 30 Bädern beträgt die Gewichtszunahme 10¾ Pfund, das Allgemeinbefinden lässt nichts zu wünschen übrig, die Temp. ist seit 3 Wochen ständig normal. Befund: Parametrien und Ovarium abgeschwollen, nicht mehr empfindlich, Appendix noch undeutlich fühlbar; die letzten Menses vollkommen normal und schmerzlos.

Von weiteren Indikationen führe ich nur an: Gicht, chron. Gelenkrheumatismus, Residuen der Polyarthritis acuta, Neuritiden und Neuralgien. Bei den Beckenexsudaten und den eben genannten Krankheiten ist es vorzugsweise die lokale Schlammwirkung, die beachtenswert ist. Unbedingt gehen, wie mich vergleichende Untersuchungen gelehrt haben, durch lokale Applikation von Schlamm die krankhaften Erscheinungen schneller zurück als durch allgemeine Schlammbäder. Jedenfalls wird durch die Wärmewirkung allein der Erfolg der lokalen Applikation nicht erklärt, besonders, wenn man sich vergegenwärtigt, in welcher Weise das geschieht. Der Pat. erhält eine weite Hose (bei Beckenexsudaten), die mit heissem Schlamm von 35—40° R. gefüllt wird, und begiebt sich in das allgemeine Bad von 27—29°. Die Abkühlung des heissen Schlammes durch das kühlere Badewasser geht schnell vor sich, in ca. 5 Minuten hat sich die Temp. ausgeglichen.

Es muss hier also noch ein anderer Faktor wirken als die Wärme allein, welche vielleicht diese Wirkung vorbereitet und verstärkt.

Eine noch wenig bekannte Indikation bilden die verschiedenen Formen des chronischen Ekzems. Dünne Schlammbäder von kühlerer Temperatur haben in der Hälfte der Fälle eine überraschend günstige Wirkung auf die Krankheit, wobei mir folgendes wichtig erscheint: die Dauer des Bades soll 5—15 Minuten betragen, nach dem Bade vorsichtiges Abtupfen der kranken Stelle mit reiner Watte — nicht Abreiben, darauf Bedecken des Ekzemes mit Ungt. diachylon. Häufigkeit der Bäder 2—4 in der Woche. Auszusetzen sind die Bäder bei (akuten) Exacerbationen. Die günstige Wirkung dürfte wohl auf den Schwefelwasserstoffgehalt zurückzuführen sein. Reizwirkungen treten bei vorsichtigem Gebrauch sehr selten ein. Von Interesse ist folgen-

Digitized by Google

der Fall: Herr v. W. leidet seit 3 Jahren an einem nässenden Ekzem des Skrotums, der Innenfläche der Oberschenkel und der Leiste, verbunden mit unerträglichem Jucken. Lues ausgeschlossen. Pat. ist mit den verschiedensten Salben behandelt worden mit teilweisem Erfolg und hat in dem letzten Jahre ständig einen Watteverband tragen müssen, um das Ekzem einigermassen in Schranken zu halten. Nach etwa 10 Bädern war das Jucken fast ganz vergangen, die Hautrötung ging zurück, die Haut schuppte und nässte nicht mehr. Nach 18 Bädern erscheint die Haut fast ganz normal, nur wenig dunkler gefärbt als die Umgebung, es ist gar kein Jucken mehr vorhanden. Nach 3 Wochen ist der Befund unverändert, obgleich Pat. keinen Verband mehr trägt und viel geht.

Zum Schluss, meine Herren, möchte ich mir eine vorläufige Mitteilung erlauben über eine von mir in einer allerdings kleinen Zahl von Fällen versuchte Behandlungsmethode. Aus verschiedenen Gründen sah ich mich veranlasst, die Schlammbehandlung mit der des galvanischen Stromes zu kombinieren. Es wurden lokale Bäder für die verschiedenen Gliedmassen, also 2—4 Zellenbäder von reinem Schlamm gegeben bei gleichzeitiger Anwendung des galvanischen Stromes in der Stärke von 5—15 MA.

Vorzugsweise bei chronischem Gelenkrheumatismus und Knochentuberkulose habe ich Versuche angestellt und bisher nur günstige Resultate erhalten. Auffallend ist, dass die Hautleitung im Schlammbade erhöht ist und dass der Strom viel stärker empfunden wird, als im Wasserbade; es tritt eine beträchtliche Rötung der Haut ein und ein starkes Wärmegefühl. In der ersten Zeit sind die Pat. sehr empfindlich und man muss mit schwachen Strömen arbeiten. Die Wirkung ist eine prompt schmerzstillende und die Exsudate in den Gelenken gehen zurück. In einem Fall von chronischem Gelenkrheumatismus war neben der schmerzstillenden Wirkung die Abnahme der Exsudate evident. Die Handgelenke, die vorher sehr schmerzhaft, dick geschwollen und steif waren, waren nach 4-maligem Galvanisieren abgeschwollen, vollkommen schmerzfrei und gelenkig.

(Aus der geburtshilflichen Abteilung des Alexandra-Stifts für Frauen in St. Petersburg.)

Beitrag zur Pubiotomiefrage.

(Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 8. März 1905.)

Von

Dr. O. v. Küttner.

(Schluss.)

In kurzen Zügen will ich jetzt auf die Technik der Operation und auf die Nachbehandlung eingehen. Zuerst das Gigli'sche[41]) Verfahren. Ein Schnitt, welcher oben an der Mittellinie beginnt, gehe nach unten und auswärts nach der grossen Schamlippe bis zum unteren Ende des Os pubis, wo man das Tuberculum subpubicum fühlt[42]). Man schneidet dreist bis auf den Knochen, da man bei dieser Schnittführung keine grösseren Gefässe trifft. Es ist nicht nötig den Knochen zu präparieren. Durch den oberen Winkel des Schnittes bringt man den Schlingenführer hinter das Os pubis. Mit 2 Fingern der linken Hand von der Vagina aus kontrollierend, schiebt man ersteren am Knochen vor und aus dem unteren Wundwinkel lateral vom Tuberc. subpubicum heraus. Man bringt mit diesem Instrument einen dicken Seidenfaden hinter das Schambein und sucht denselben gut dem Knochen anzulegen. Alsdann befestigt man an diesen Seidenfaden eine Gigli'sche Drahtsäge und zieht sie hinter das Schambein, um damit den Knochen zu durchsägen. «So öffnet sich das Becken wie ein Buch» sagt Gigli «das man aufschlägt». Die venöse Blutung ist nicht stark. Nach erfolgter Entbindung wird, nachdem von seiten der Assistenten die durchsägten Knochenflächen möglichst aneinander zu bringen gesucht werden, die Wunde in Etagen vernäht. Der retrosymphysäre Raum wird noch oben und unten drainiert. Das Aneinanderbringen der Sägeflächen ist nur bis zu einem gewissen Grade möglich; eine geringe Diastase bleibt immer zurück. Letzteres hindert aber absolut nicht eine solide und prompte Konsolidierung der gesetzten Beckenfraktur zu bedingen.

Van de Velde[43]) hat die Operation, welche er «Hebotomie» benannt wissen will, etwas modifiziert. Er durchsägt den Knochen in einer Linie, die vom Tuberc. pubic. bis zum Tuberc. subpubic. geht. Der Schlingenführer wird unter Kontrolle des vorher von oben her eingeführten Fingers durchgeführt, welcher dabei die Weichteile besonders die Blase vor eventueller Verletzung schützt. Er geht mit dem Instrument von unten her ein.

Döderlein beschreibt eine weitere Modifikation im 72. Bande des Archivs f. Gyn. unter dem Namen «subkutane Hebotomie»[44]). Er liess sich hierbei durch den Gedanken leiten, dass das völlige Durchtrennen der Weichteile und Blosslegen der vorderen Beckenwand vollständig überflüssig sei und ausserdem durch die erhaltene Weichteilbrücke grössere Weichteilzerreissungen, wie zu starke Inanspruchnahme der Symphyses sacroiliacae dadurch am besten verhindert werden. Er operiert folgendermassen: «Ueber dem linken Tuberculum pubicum wird ein bis auf den Knochen reichender 2 ctm. langer horizontaler Schnitt ausgeführt, gross genug um den Zeigefinger bequem hinter das Schambein gelangen zu lassen. Es gelingt leicht an der Hinterwand des Schambeins den Finger unter Abdrängen der Weichteile nach abwärts zu führen, so dass gegen dessen Spitze in der linken grossen Labie am unteren Rande des absteigenden Schambeinastes eine kleine Gegenöffnung gemacht werden kann. Die krumme Nadel oder Schlingenführer wird nun zwischen Knochen und Finger durchgeführt, in deren Oese Gigli's Drahtsäge eingehängt und durchgezogen. Die Durchsägung des Knochens von hinten her erfolgt ohne Schwierigkeit; sobald der Knochen durchtrennt ist, wird mit dem Sägen innegehalten, sodass keinerlei Weichteile der vorderen Beckenwand angesägt werden. Dieser Augenblick ist leicht zu erkennen an der Empfindung, dass die Drahtsäge in weiches Gewebe gelangt». Ich bitte auf der Abb.[45]) den mächtigen Muskelansätzen die nötige Aufmerksamkeit zu zollen: die Ansätze der Muskeln: Pectineus, Adductor longus, brevis et magnus und Gracilis. Abgesehen von der geschonten Haut und Fascie dürften gerade diese ein Auseinanderfallen der Beckenhälften verhindern und dadurch eine Verletzung der Bänder der hinteren Beckenwand auf das kleinstmögliche Mass reduzieren. Der Beckenring wird eben gerade nur so viel erweitert, wie viel der kindliche Schädel für sein Durchtreten bedarf. Walcher begrüsst in der württembergischen geburtshilfl.-gyn. Gesellschaft gerade diesen Umstand als eine wesentliche Verbesserung der Technik und als ein noch schonenderes Verfahren bei der P. Mir er-

[41]) Taglio lateralizzato del pube ect. Ann. di os. et gin. 1894 Nr. 10 u. Zentralblatt f. Gyn. 1902. Nr. 48.

[42]) Vergl. Abb. im Archiv f. Gyn. Band 72, pag. 285 Döderlein.

[43]) Die Hebotomie. Zentralbl. f. Gyn. 1902, pag. 969. cf. Abb. p. 971.

[44]) cf. Abb. Archiv f. Gyn. Bd. 72, p. 287.

[45]) cf. Archiv f. Gyn. Bd. 72, pag. 285.

Digitized by Google

scheint es durchaus einleuchtend und nachahmenswert. Vor unkontrollierbaren Blutungen braucht man sich, glaube ich, nicht zu scheuen. Sollte es sich während der Operation herausstellen, dass man der Blutung nicht Herr werden kann, so ist es ein Leichtes die Weichteilbrücke nachträglich zu spalten und der Blutung dann auf die Spur zu gehen. Ausserdem benutzt Döderlein[46]) neuerdings einen Gummischlauch, der um das Becken fest angezogen und an der Kreuzung durch eine Klammer fixiert wird. «Die Elastizität des Schlauches lässt das Becken wohl soweit auseinanderweichen, als die Passage des Kindes erfordert, begrenzt die Spreizung auf das kleinste Mass und nähert nach der Entbindung sofort und automatisch die Beckenenden einander».

Während er noch in seinen ersten Fällen den retrosymphysären Raum drainiert, vernäht er neuerdings mit Katgut sowohl den oberen queren Schnitt, als auch die kleine untere Gegenöffnung und schützt somit die Wunde vor eventueller nachträglicher Infektion. Seine 3 letzten Fälle sind auch absolut fieberlos verlaufen. Mir will es scheinen, dass trotzdem die Drainage nicht entbehrlich ist. Leopold[47]) operierte 5mal nach den Angaben von Döderlein, d. h. er machte die Operation subkutan, drainierte jedoch die Wunde. Er sagt «die Operation verlief glatt und schnell und war in allen 5 Fällen von einem normalen Wochenbett gefolgt».

Der Verband und die Stütze für das Becken im Wochenbett sind die denkbar einfachsten. Während man früher nach der Symphyseotomie ein ganz kompliziertes Schwebebett verwandte, um das Becken zu immobilisieren, benutzt man jetzt einen einfachen Beckengurt, oder man macht einen zirkulären Heftpflasterverband, wie es Döderlein empfiehlt. Leopold entfernt den ersten Verband nach 8 Tagen. Unsere beiden Fälle wären, glaube ich, auch glatter verlaufen, was die Heilung der Wunde anbetrifft, wenn wir die Wunde fest verbunden hätten. Auch, glaube ich, ist es ein Fehler die Beine fest zusammenzubinden und dadurch den freien Abfluss für das Lochialsekret zu erschweren. Eine Lochiometra, wie wir es in beiden Fällen erlebt, wird jedenfalls dadurch begünstigt. Ein kleines Kissen, zwischen die gekoppelten Knie gebracht, dürfte genügen, um eine genügende Spreizung der Schenkel zu erzielen. Auch ist darauf zu achten, dass durch den Verband das Herabtreten des Uterus in das kleine Becken nicht gehindert wird. Seitlich wird das Becken durch 2 Sandsäcke gestützt. Um das häufige Katheterisieren zu umgehen, muss ein Katheter à demeur in die Blase eingeführt werden. Stillen des Kindes ist natürlich nicht kontraindiziert.

Wenn wir nun zur Indikationsstellung für die P. übergehen, so ist, was auch Zweifel und andere für die S. sagen, auf die P. zu übertragen: eine exakte Beckendiagnostik und möglichst genaue Abwägung des zwischen Kind und Becken bestehenden Missverhältnisses. Doch können bekanntlich dem erfahrensten Geburtshelfer diesbezügliche Irrtümer unterlaufen. Es kann sich eben nur um eine Beckenschätzung und nicht um eine Beckenmessung handeln. Vorbedingung ist selbstredend ein lebendes Kind. Frank's Indikationsstellung lautet: 1) bei Mehrgebärenden, 2) wenn schwere Geburten mit Kunsthilfe vorausgegangen und die Kinder dabei zugrunde gegangen waren, 3) wenn der Verlauf der bevorstehenden Geburt sich so gestaltet, das Perforation des lebenden Kindes notwendig wird und, 4) meine ich, ist der Wunsch der Pat. «ein lebendes Kind zu bekommen», durchaus zu beachten.

[46]) Zentralblatt f. Gyn. 1904, Nr. 42.
[47]) l. c.

Als unterste Grenze der Beckenverengerung wird wohl jetzt bei der S. allgemein eine Conj. vera von 7 ctm. angenommen. Diese Grenze dürfte wohl bei der P. auch nicht überschritten werden, ohne die Ileosakralgelenke arg zu gefährden. Bei grösseren Verengerungen tritt der Kaiserschnitt, falls er nicht aus anderen Gründen kontraindiziert, in seine Rechte.

Die künstliche Frühgeburt, die nach Neugebauer 2 pCt. Mortalität der Mütter aufweist, — von der Mortalität der frühgeborenen Kinder will ich schon gar nicht reden darüber wissen die Kinderärzte ein Lied zu singen, wird wohl mehr und mehr in den Hintergrund treten müssen. Ganz verdrängt wird sie natürlich nicht werden können, dieses gilt hauptsächlich für das Privathaus, wo auch der Gewissenhafteste häufig nicht die strengste Asepsis und Antisepsis, die für die Pubiotomie so unbedingt notwendig sind, beobachten kann.

Ein nicht forcierter Zangenversuch in Walcher'scher Hängelage wird vor der Pubiotomie in allen denjenigen Fällen für geboten erscheinen, wo laut Anamnese unverkleinerte Kinder das Becken, sei es spontan, sei es mit Kunsthilfe, passiert haben. Natürlich muss dabei der Kopf mehr oder weniger fest im Beckeneingang stehen und eine langdauernde gute Presswehentätigkeit ihn genügend konfiguriert haben. Ich kann Zweifel[48]), Döderlein[49]) und anderen unmöglich beistimmen, wenn sie sagen, dass jeder Zangenversuch, wo die S. resp. P. aller Wahrscheinlichkeit nach ausgeführt werden wird, zu unterlassen ist. Meine Erfahrungen mit der hohen Zange sprechen durchaus dagegen. Ich habe so manches lebende Kind ohne Gefährdung der Mutter mit der hohen Zange leicht extrahiert, wo die Mordinstrumente fertig lagen und bin deshalb fest überzeugt, dass es ebenso richtig ist, einen nicht forcierten Zangenversuch vorauszuschicken, sei es bei bevorstehender Perforation des lebenden Kindes, resp. bei bevorstehender Pubiotomie. Unsere jetzigen Mittel, genau das Missverhältnis im gegebenen Falle zwischen Kopf und Becken zu beurteilen, sind eben noch ungenügend und werden es trotz Röntgen wohl auch immer bleiben.

Weiter ist hervorzuheben, dass das Kind sich womöglich in Schädellage befindet, obgleich das nicht unbedingt erforderlich ist. Döderlein[50]) u. Leopold[51]) wenden, wenn es irgend geht, das Kind auf den Fuss und extrahieren es nach erfolgter P., indem sie die Extraktion des nachfolgenden Kopfes für ein weniger eingreifenderes Verfahren halten, als die hohe Zange.

Hier möchte ich aber auf Grund unserer Erfahrungen hervorheben, dass die Extraktion des Kindes mit der hohen Zange nach stattgefundener Spaltung des Beckens spielend leicht gelingt: ich möchte sagen, das Kind kommt gleichsam von selbst. Und ist der Muttermund vollständig retrahiert, was übrigens auch zu den Vorbedingungen für die P. gehört, handelt es sich um eine Mehrgebärende, so wüsste ich nicht warum, eine spielend leichte Zange einen schwereren Eingriff bedeuten sollte, als die innere Wendung plus Extraktion des nachfolgenden Kopfes. Ganz abgesehen davon, dass ich kein Anhänger der prophylaktischen Wendung bin und letztere für ein eingreifenderes Verfahren halte, möchte ich bei Mehrgebärenden, bei denen unverkleinerte Köpfe das verengte Becken passierten, unbedingt exspektativ verfahren.

Wie oft erscheint auch bei Mehrgebärenden, besonders aber bei Erstgebärenden eine Spontangeburt unmöglich, und doch tritt sie endlich ein. Diese Erfahrung hat wohl ein jeder Geburtshelfer gemacht. Deswegen ist es m. E.

[48]) l. c.
[49]) l. c.
[50]) l. c.
[51]) l. c.

Digitized by Google

nicht richtig gleich nach stattgehabtem Blasensprunge zu pubiotomieren und die Wendung mit Extraktion anzuschliessen. Natürlich werden sich Fälle finden, wo das exspektative Verfahren zu verwerfen ist. Im Prinzip aber, glaube ich, dem abwartenden Verfahren den Vorzug geben zu können.

Ebenso wie die Symphysiotomie muss auch die Pubiotomie in reinen Fällen ausgeführt werden. Bei suspektem Fluor, stinkendem Fruchtwasser, Fieber etc. ist die P. kontraindiziert. In solchen Fällen opfert man lieber das Kind, als dass man das Leben der Mütter gefährdet. Man wird bei abwartendem Verfahren nicht selten beobachten können, dass die Temperatur anfängt leicht zu steigen. Dann, glaube ich, ist es geboten keinen Moment länger zu zögern und zur Entbindung zu schreiten. Vielleicht haben wir in unserem 2. Falle etwas zu lange abgewartet, die Temperatur erreichte 38°, das Wochenbett, glaube ich, wäre besser verlaufen.

In Kürze lasse ich nun die beiden Krankengeschichten folgen.

Fall I. 29-jährige V-Gebärende am Ende der Gravidität kommt kreissend in die Anstalt. Sie hat 2mal spontan geboren, das erste Kind lebt und ist gesund. Die dritte Geburt durch Perforation und Kranioklasie beendet. Das 4. Kind, wurde auf den Fuss gewendet und extrahiert. Kleine schlecht genährte, anämische Person mit normalen inneren Organen. Venter propendens. Becken: allgemein-verengt, platt-rhachitisch II. Grades Conj. Vera 7,5—8 ctm. Kind lebt, befindet sich in II. Hinterhauptslage mit beweglichem Kopf über dem Beckeneingang. Bei vollständig retrahiertem Munde wird die Blase künstlich gesprengt. Der Kopf stellt sich in ausgesprochene Nägele'sche Obliquität ein. Nach 18-stündiger guter Presswehentätigkeit hat sich der Kopf deutlich konfiguriert, mit Mühe lässt er sich etwas abschieben. Indikationen zur Entbindung liegen vor: sekundäre Wehenschwäche, beginnende Dehnung des unteren Uterinsegments und Steigen der Temperatur bis 37,6. Der Wunsch der Mutter ein lebendes Kind zu bekommen, ist entscheidend. Wir entschlossen uns zur Pubiotomie, welche ich dann auch um 1 Uhr mittags ausführte. Ein vorhergegangener nicht forcierter hoher Zangenversuch blieb resultatlos. Wir wählten die Van de Velde'sche Schnittrichtung. Die Operation verlief in typischer Weise. Die Blutung war nicht stark, spritzende Gefässe wurden gefasst und ligiert, Tamponade besorgte das übrige. Kräftig wurde das Becken von seiten der Assistenten komprimiert, trotzdem klafften die Sägeflächen 3 Querfingerbreit auseinander. Das Sägen machte gar keine Schwierigkeiten: in etwa 15—20 Zügen war der Knochen durchschnitten. Die Zangenextraktion mit der Tarnier'schen Axenzugzange ging spielend leicht vonstatten. Das Kind wog 3140 gr. Das rechte Scheitelbein wies eine grosse Druckmarke mit leichter Impression, vom Promontorium herrührend, auf.

Trotz kräftigster Kompression von aussen, liessen sich die Knochenenden nur bis zu einem gewissen Grade nähern. 2 Seiden- und 1 Katgutsutur vereinigten das Periost. Darüber wurden die Weichteile mit Katgut versorgt und die Haut mit Seide vereinigt. Ein Jodoformgazestreifen, von unten her eingeführt, drainierte die retrosymphysäre Wundhöhle. 25 Minuten dauerte die ganze Operation incl. hoher Zangenversuch. Ueber den Verlauf des Wochenbetts ist bereits berichtet. 38,1° war die höchste Temperatur, teilweise bedingt durch die Lochiometra, welche 2mal Alkoholspülung des Cavum uteri erforderte, teilweise durch die geringfügige Eiterung aus der gesetzten Wunde. Am 14. Tage konnte ich bereits Kallusbildung konstatieren. Am 26. Tage verliess Pat. das Bett *).

*) Die Anwesenden konnten sich an der vorgeführten Patientin vom tadellosen Gehvermögen überzeugen.

Bei genauerer Betrachtung kann man auf dem Radiogramm den etwa 1 ctm. breiten Knochenspalt wahrnehmen.

Im 2. Falle handelt es sich um eine III-Gebärende. 2mal war sie bereits mit Kunsthilfe entbunden worden, 1mal mit der Zange, das 2. Mal durch innere Wendung und Extraktion. Beide Male tote Kinder, jedoch lebte das erste etwa einen Tag. Die übrige Anamnese ist belanglos. Auch hier wünschte sich die Mutter ein lebendes Kind. Ein plattrhachitisches Becken II. Grades lag vor: C. V. 7, 5—8,0. Robuste Person. Nach etwa 12 stündiger guter Presswehentätigkeit tritt Indikation zur Entbindung ein. Die Temperatur erreichte, wie bereits erwähnt, 38°. Auch hier stand der Kopf in vorderer Scheitelbeineinstellung. Er liess sich jedoch leichter abschieben. Der hohe Zangenversuch missglückte. Die Pubiotomie von Herrn Dr. Dobbert ausgeführt, verlief ohne Komplikationen. Die Blutung war mässig die Stillung derselben leicht. Auch hier klafften die Sägeflächen 2—3 Querfinger breit auseinander. Die Zangenextraktion gelang spielend. Das Mädchen von 3810 gr. gedeiht gut und wird von der Mutter und einer Amme gestillt. Die Vereinigung der Weichteile geschah hier mit durchgreifenden, das Periost mitfassenden Seidensuturen, welche am 7. Tage entfernt wurden. Mir will es scheinen, dass eine versenkte und das Periost besonders vereinigende Naht zweckentsprechender wäre. Ich glaube, wir hätten ein nachträgliches Auseinanderweichen der Sägeflächen vermeiden können, und dadurch die Callusbildung begünstigt. Der erwähnte exsudative Prozess im rechten Parametrium steht aber jedenfalls in keinem Zusammenhange mit der gesetzten Wunde linkerseits. Letztere eitert jetzt gar nicht und ist im Heilen begriffen. Ich glaube bestimmt annehmen zu dürfen, dass Pat. bald das Bett verlassen wird. Die Temperaturen sind jetzt subfebril. Das Allgemeinbefinden lässt nichts zu wünschen übrig.

Auf Grund nun der angeführten Literatur und gestützt auf unsere eigenen Erfahrungen, glaube ich berechtigt zu sein, folgende Schlüsse über die Operation zu ziehen. Betonen aber möchte auch hier, dass es absolut kein endgültiges Urteil sein soll. Umfangreichere Erfahrungen sind dazu berufen, das Schlusswort zu reden.

1. Die Pubiotomie ist eine technisch leicht ausführbare Operation. Sie ist ein viel schonenderes Verfahren als die Symphysiotomie.
2. Die Symphysiotomie wird durch die Pubiotomie vollständig verdrängt werden.
3. Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt und der Kaiserschnitt aus relativer Indikation werden durch die Pubiotomie seltener ausgeführt werden.
4. Die Perforation des lebenden Kindes in Gebäranstalten gehört der Vergangenheit an und darf nur in Fällen angewendet werden, wo die Pubiotomie resp. Kaiserschnitt kontraindiziert sind.
5. Im Privathause wird die Pubiotomie nur ausnamsweise Verwendung finden.
6. Das subkutane Verfahren nach Döderlein verdient die grösste Beachtung.

Protokolle des XVII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. Aug. 1905.

1. Sitzung, d. 10. August 1905.

P. 13. Diskussion über den Vortrag des Dr. A. Baron Sass: Erfahrungen über die Wirkung der Schlammbäder.

Digitized by Google

1) Dr. O. Thilo macht darauf aufmerksam, dass in Seebadeorte und andere Kurorte sehr häufig Kranke gelangen, die sich dort an keinen Arzt wenden, sondern auf eigene Hand sich mit kaltem oder warmem Seewasser behandeln. Einige benutzen hierbei auch Vorschriften ihrer Hausärzte, die sie für den ganzen Sommer erhalten haben. Diese Kranken schädigen ihre Gesundheit oft in hohem Grade, anstatt sie zu bessern. Daher hält es T. für richtig, an dieser Stelle darauf aufmerksam zu machen, dass Kranke, welche in Kurorte geschickt werden, stets an einen Arzt des Kurortes zu weisen sind. Nach seinen langjährigen Erfahrungen wird dieses sehr oft verabsäumt.

2) Kreisarzt G. Carstens: Es kommt häufig vor, dass Patienten das Bad in Arensburg mit fix und fertig vorgeschriebener Behandlungsweise beziehen. Dieser, unter Umständen vielleicht mit guter Absicht eingeschlagene Modus benimmt jedoch dem Arzte am Kurort die Möglichkeit, seine Behandlungsweise in Anwendung zu bringen, die er seiner Erfahrung nach für den Patienten als die geeigneteste angesehen hätte.

3) Stadtarzt Meywald: Bezüglich der Kontraindikationen möchte ich zum Vortrage bemerken, dass Lungenaffektionen eine Kontraindikation bilden. Herzfehler bilden keine Kontraindikationen, bedürfen aber einer sehr häufigen Kontrolle von seiten des Arztes, da bei Eintritt von Kompensationsstörungen sofort die nötigen Massnahmen ergriffen werden müssen, da dann Gefahr im Verzuge ist.

4) Dr. A. v. Sass führt an, dass er nur gesagt habe, dass der Schlamm an sich keine Kontraindikation bei Herzkranken bilde, dass aber naturgemäss sich nicht jeder Herzkranke für die Bäderbehandlung eigene. Zugeben müsse er, dass während der Bäder der Herzkranke unter genauer Kontrolle stehen müsse.

5) Dr. H. Arronet: Bei Kindern, die an tuberkulösen Lymphdrüsenschwellungen des Halses leiden, habe ich in allen Fällen nur gute Resultate beobachtet. In den meisten Fällen sah ich Heilung der Fisteln, Abnahme der Schwellung und nie Komplikationen. Diese Beobachtungen wurden an einer grossen Anzahl von Kindern (50) der Petersburger Sanitätsstation gemacht.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 9. Februar 1905.

Vor Erledigung der Tagesordnung demonstriert Herr Graubner eine Patientin mit Tumoren beider Brüste.

Die Anamnese ergiebt, dass die 47-jährige Patientin steril verheiratet ist. Im August 1904 begann ohne bekannte Ursache die rechte Brust zu schwellen. Der anfangs vorhandene Schmerz liess bald nach, darauf schwand auch die Schwellung und es begann eine bisher gleichmässig fortschreitende Schrumpfung der rechten Brust. Seit 10 Wochen begann die linke Brust, gleich wie früher die rechte, zu schmerzen und zu schwellen.

Status: die rechte Brust fast kindskopfgross. Die Mamilla tief eingezogen; Warzenhof geschwellt, vorgewölbt. Am Uebergang der Brusthaut in die des Thorax livide Verfärbung, bedingt durch erweiterte Kapillaren. Die Haut der rechten Brust stark ödematös, die Haarbälge erscheinen tief eingezogen. Die Haut ist auf dem Drüsenkörper, dieser wiederum auf seiner Unterlage unbeweglich. Nirgends ist eine umschriebene Resistenz zu fühlen. Der ganze Tumor ist gleichmässig derb. Die Infiltration der Haut erstreckt sich aufwärts bis 2 Fingerbreit unter die Clavicula und bis zur vorderen Achselfalte, nach innen bis zur Medianlinie, nach unten bis zur unteren Grenze der Mamma, nach hinten bis dicht an die hintere Medianlinie. Im Bereich dieser Umgrenzung fühlt man in der Haut unzählige kleine Knötchen, die sich auch besonders deutlich nach oben gegen die Clavicula hin, über die Grenzen der starken Hautinfiltration hinaus in ca. 2—3 fingerbreiter Zone erkennen lassen. Nach hinten gegen den Rücken hin ist solche lentikuläre Wucherung nicht zu bemerken, hier herrscht das Oedem vor. Die Halsdrüsen rechts geschwellt. In der Achselhöhle keine disseminierten Drüsen, dagegen reicht die Starre des Musculus pectoralis major und der mit ihm verbackenen Haut ohne erkennbare Grenze in die Achselhöhle hinein, sie ausfüllend.

Die linke Brust ist stark vergrössert, sie hängt bis zur Nabelhöhe herab. Die Mamilla ist leicht eingezogen. Die Hälfte der Brust ist leicht gerötet, mit denselben Erscheinungen des Oedems und der tiefen Einziehung der Haarbälge, wie rechts, behaftet. In der linken Mamma lässt sich ebenfalls kein isolierter Tumor nachweisen, die Konsistenz ist überall gleichmässig. Eine starke Infiltration der Haut, wie rechts, ist auf der Brust nicht nachweisbar, auch fehlen in ihr die kleinen Knötchen. In der Axilla mehrere mit einander verbackene, geschwellte Drüsen. Supraclaviculär mehrere Drüsenpakete. Isoliertes Hautödem findet sich vorne auf dem Brustbein vom Manubrium nach links und abwärts bis gegen den Ansatz der linken Brustdrüse.

Im rechten Pleuralraum ein Exsudat, das bis zur Spina scapulae hinten hinaufreicht. Herzgrenzen, soweit sie zu perkutieren sind, normal, Herztöne desgleichen.

(Autoreferat).

Herr Graubner glaubt, dass es sich hier um ein Karzinom handele, einen «scirrhe en cuirasse», welches seinen Ausgang von der Mamilla genommen hat und erklärt die in der Anamnese angegebene anfängliche Schwellung und später erfolgte Schrumpfung als Neubildung von Bindegewebe, welches dann in der Folge narbige Schrumpfung eingegangen ist. Vortragender hält den demonstrierten scirrhe en cuirasse für keine reine, sondern für eine Mischform. Die Möglichkeit, durch eine Operation der Patientin Hülfe oder gar Heilung zu verschaffen, hält Graubner für ausgeschlossen.

Dr. W. Hollmann referiert, wie angekündigt, über die Rubinstein'sche Arbeit «Ueber die Veränderungen des Knochenmarkes bei Leukocytose».

Nach einer kurzen Kritik der existierenden Blutuntersuchungsmethoden kommt Rubinstein zum Schluss, dass die von Ehrlich eingeführte und durch ihn präzisierte Methode der Fixation durch Hitze auf der Kupferplatte, sowohl für's Blut als auch besonders für's Knochenmark, die einzig brauchbare ist.

Bevor nun R. zu seinen Versuchen übergeht, giebt er einen Ueberblick über die normale Histologie des Knochenmarkes. Zunächst unterscheidet er zwischen granulierten und nicht granulierten Elementen. Erstere finden sich im Knochenmark in sechserlei Formen: 1) polymorphkernige mit pseudoeosinophilen Granulationen; 2) einkernige mit rundem oder ovalem Kern, das Protoplasma ebenfalls pseudoeosinophile Granulationen führend: Myelocyt κατ' ἐξοχήν - Ehrlich; 3) Uebergänge von 1 zu 2. — 4) Eosinophile Zellen: mononucleär oder polymorphkernig, mit grobkörniger Granulation. 5) Uebergänge von mononucleären eosinophilen zu polymorphkernigen Zellen. 6) Mastzellen.

Die nicht granulierten Elemente nennt R. «lymphoide» Zellen, mit welcher Bezeichnung er jedoch keineswegs diese Zellen in einen genetischen Zusammenhang mit den Lymphocyten, den Abkömmlingen von Milz und Lymphsystem bringen will.

Diese lymphoiden Zellen lassen sich, wie folgt, einteilen: 1) echte kleine Lymphocyten, wohl aus dem Blut eingeschwemmt, in geringer Zahl vorhanden. 2) kleine, mittelgrosse und grosse lymphoide Zellen.

Die kleinen lymphoiden Zellen besitzen ein basophiles Protoplasma, welches den chromatinreichen Kern in breiterer Zone umgiebt, als bei den echten Lymphocyten von derselben Grösse. Ihr Kern enthält zwischen den Chromatinfäden ein Netzwerk von sehr feinen Fädchen, die sich mit Triacid-Ehrlich deutlich rötlich färben. Diese Fädchen finden sich nur hier und bei Erythroblasten, deren Kern noch nicht pyknotisch ist, nie jedoch bei den grossen lymphoiden Elementen und nie bei den echten Lymphocyten. Die kleinen lymphoiden Zellen, R. nennt sie «Mutterzellen», entwickeln sich in 3 Richtungen weiter, erstens in rote, und zweitens in weisse Blutkörperchen. Die Entwickelungsreihe lässt sich in folgendem Schema unterbringen:

Mutterzelle

Erythroblast	Mononucleärer Leukocyt
|	|
Erythrocyt	Uebergangsform
	|
	Myelocyt-Ehrlich
	|
	Polymorphkerniger Leukocyt.

Parallel der Entwickelung zum polymorphkernigen pseudoeosinophilen (beim Menschen neutrophilen) Leukocyten geht die Evolution der eosinophilen Zelle, welche sich von ersterer dadurch unterscheidet, dass die Granula von ihrem ersten Auftreten an eine besondere Vorliebe für saure Farbstoffe zeigen.

Es folgen nun die Versuche und deren Analyse. Durch Injektion leukocytotischer Mittel wurde bei Kaninchen eine künstliche Leukocytose hervorgerufen. Kurz vor der Injektion wurde eine Rippe reseziert, Trockenpräparate von Knochenmark und Blut hergestellt und die weissen Blutzellen in ihrem prozentualischen Verhältnis bestimmt. Vier bis 5 Stunden nach der Einspritzung wurde wieder das Blut untersucht und dann in gewissen Intervallen nach mehreren Tagen Rippenresektionen vorgenommen und das Knochenmark untersucht. Alle 16 Versuche ergaben vollkommen übereinstimmende Resultate: es besteht ein deutlicher und konstanter Zusammen-

hang zwischen der Leukocytose und der Funktion des Knochenmarkes, — es muss also zwischen diesen beiden Vorgängen ein kausaler Zusammenhang bestehen. Im Knochenmark verschiebt sich das prozentualische Verhältnis der polymorphkernigen, überhaupt der granulierten Zellen umgekehrt, wie im Blut, und zwar vermehren sich an ersterem Orte die direkten Vorstufen der polymorphkernigen Zellen, die Myelocyten κατ' ἐξοχήν-Ehrlich in demselben Masse, wie die polymorphkernigen hier abnehmen und sich im kreisenden Blute an Zahl vermehren. R. nimmt nun an, dass unter dem Einfluss des Leukocytotikums die polymorphkernigen Leukocyten aus dem Knochenmark ins Blut übertreten und dass das Knochenmark zu einer verstärkten Produktion junger Zellformen angeregt wird, welche ihrerseits die Bestimmung haben, den Verlust an reifen polynukleären Zellen im Knochenmark zu ersetzen, also «die polynukleäre Leukocytose ist eine Funktion des Knochenmarkes», und zwar «ausschliesslich» des Knochenmarkes. Die Schlussfolgerung wird noch dadurch unterstützt, dass die lymphatischen Organe bei der Leukocytose absolut keine Unterschiede von normalen Präparaten derselben Organe finden lassen.

R. glaubt durch seine Versuche eine Bestätigung für die Ehrlichsche Einteilung der weissen Blutkörperchen gewonnen zu haben, welche einer anderen, von Utkow aufgestellten Theorie schroff gegenüber steht. Schliesslich glaubt R. aus seinen Versuchen als Stätte der Umbildung der homogenen mononukleären Elemente zu polymorphkernigen granulierten allein das Knochenmark ansehen zu dürfen, beweisend genug für diese Annahme sei das allmähliche Auftreten von Granulis im Protoplasma dieser Zellen, welches nur in Knochenmarkpräparaten beobachtet wird, während im Blutpräparat keinerlei Uebergänge zu sehen sind, ja sogar die Vorstufen der polymorphkernigen Zellen, die mononukleären, bei der Leukocytose im Blut in verminderter Zahl vorhanden sind. (H. Rubinstein «Ueber die Veränderungen des Knochenmarkes bei Leukocytose. Zeitschrift für klinische Medizin 1901, Bd. 42).

Vorsitzender: Ströhmberg.
Sekretär: W. Hollmann.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Ihre Majestät die Kaiserin Alexandra Feodorowna liess sich am 29. November das auf dem Fernen Osten zurückgekehrte Personal der Sanitätsabteilung ihres Namens vorstellen, und zwar den Oberarzt Dr. Butz, die Aerzte Keuchel und Doroschewski, den stud. med. Melder, 11 barmherzige Schwestern und 10 Sanitare.

— Der Leipziger Professor der Medizin Dr. Karl Hennig beging am 9. Dezember n. St. seinen 80. Geburtstag. Der greise Gelehrte, der noch überaus rüstig ist, erfreut sich sowohl als Universitätslehrer für Frauen- und Kinderkrankheiten, wie auch als Arzt allgemeiner Beliebtheit.

— Verleihung der Nobelpreise. Die am Todestage Nobels zum 5. Male zur Verleihung gelangten drei wissenschaftlichen Preise sind drei deutschen Gelehrten zuerkannt worden, und zwar der Preis in der Medizin — Professor Robert Koch (Berlin) für seine Arbeiten und Entdeckungen auf dem Gebiet der Tuberkulose, in der Physik — Professor Lenard (Kiel) für seine Arbeiten über Kathodenstrahlen, und in der Chemie — Professor v. Baeyer (München) für seine Untersuchungen über Indigo und Triphenylmethan. Den Friedenspreis erhielt Frau Berta v. Suttner, die bekanntlich in Schrift und Wort so rührig und auch frei von Uebertreibung und Geschmacklosigkeit für den Frieden unter den Völkern der Welt eingetreten ist.

Bei der feierlichen Zuteilung der Nobelpreise am 10. Dez. n. St. war von den drei preisgekrönten deutschen Gelehrten nur Prof. Koch in Stockholm anwesend. Der Rektor des schwedischen Karolinen-Instituts, Professor Graf Moerner, teilte der Versammlung mit, dass der medizinische Nobelpreis Professor Robert Koch zuerkannt sei und sagte dann, die Arbeit Kochs und seiner Schüler sei gleichbedeutend mit der Uebersicht über die Entwickelung der Bakteriologie in den letzten Jahrzehnten. Redner führte die Arbeiten Kochs im einzelnen auf und sagte, selten seien so viele Entdeckungen von so grosser Bedeutung für die Menschheit aus der Wirksamkeit eines einzelnen Mannes hervorgegangen. Er richtete einige Worte in deutscher Sprache an Koch, welcher unter starkem Beifall der Versammlung das Diplom und die Prämie aus der Hand des Königs entgegennahm.

— Der bekannte Arzt und Sozialhygieniker, Prof. Dr. Breitung in Koburg, beging vor kurzem sein 25-jähriges Doktorjubiläum und hat aus diesem Anlass den Fonds zur Bekämpfung der Tuberkulose, welche vom deutschen Roten Kreuz verwaltet werden, 10,000 Mark überwiesen.

— Professor Dr. Albert Neisser, Direktor der Klinik und Poliklinik für Syphilis und Hautkrankheiten, ist nach fast 9-monatiger Abwesenheit von seiner wissenschaftlichen Reise nach den hinterindischen Inseln (Batavia), wo er Syphilisimpfungen an Affen in grossem Masstabe ausgeführt hat, zurückgekehrt.

— Der Gehülfe des Medizinalinspektors des Kronstädter Hafens Dr. Bogoljubow ist zum wirklichen Staatsrat befördert worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) In Jalta am 8. November der Pleskauer Arzt Dr. Paul Bruttan an Tuberkulose im nahezu vollendeten 42. Lebensjahre. In Dorpat als Sohn des Realschulinspektors Andreas Br. geboren, erhielt er seine Schulbildung im dortigen Gymnasium, um sich dann 1882 dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität zu widmen. Nach Erlangung der Doktorwürde i. J. 1890 war Br. fast 2 Jahre Assistent Prof. Küstners an der Dorpater geburtshülflichen Klinik und liess sich dann als Frauenarzt in Pleskau nieder, wo er sehr bald eine ausgebreitete Praxis sich erwarb und ausserdem als Konsultant am Landschaftshospital, im letzten Jahre auch als Arzt an der Heilanstalt des Roten Kreuzes daselbst fungierte, bis die schleichende Lungenkrankheit ihn nötigte, seine Praxis aufzugeben und Besserung in einem südlichen Klima zu suchen. Nicht wenig zur Verschlimmerung seines Leidens hat auch, wie aus Pleskau berichtet wird, die Einberufung auf den Kriegsschauplatz beigetragen. Obgleich er von der Pleskauer Kommission für untauglich zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit auf dem Kriegsschauplatz befunden worden war, so wurde doch der damals schon kranke Mann zur neuen Besichtigung nach Petersburg geschleppt, in einem Militärhospital ins Simulantenzimmer mit anderen Personen eingepfercht und eine Zeitlang dort zur Beobachtung zurückbehalten. Die Folgen dieser Behandlung machten sich denn auch nach seiner Rückkehr nach Pleskau bemerkbar und beschleunigten den schlimmen Ausgang. Der Hingeschiedene hinterlässt seine Frau mit zwei unerzogenen Kindern. 2) Am 22. November in St. Petersburg der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie und Assistent der dermatologischen Abteilung des klinischen Militärhospitals Dr. Peter Abramytschew im Alter von 46 Jahren. Er verschied plötzlich auf einer Elternversammlung im XI. Gymnasium, das sein Sohn besucht, während einer Rede, die er zum Schutz der Freiheit der Mittelschule gegen die in derselben herrschende Willkür hielt. Nach Absolvierung des Kursus an der mediko-chirurgischen Akademie i. J. 1888, war der Verstorbene Assistent bei dem Professor Polotebnow und hierauf bei dem Prof. Tarnowski. Im vorigen Jahre wurde er vom Konseil der Odessaer Universität auf einen vakanten Lehrstuhl gewählt, doch wurde statt seiner ein von einflussreicher Seite protegierter Kandidat ernannt. 3) Im Fernen Osten der Militärarzt Dr. Goljachowski im 37. Lebensjahre nach 12-jähriger ärztlicher Tätigkeit.

— Der, wie wir in der vorigen № meldeten, am 5. Dez. in Berlin verschiedene Generalstabsarzt der preussischen Armee und erste Leibarzt des deutschen Kaisers, Prof. Dr. v. Leuthold, war i. J. 1832 in der Provinz Sachsen geboren und erhielt seine ärztliche Ausbildung auf der alten Pepinière, der jetzigen Kaiser-Wilhelms-Akademie, deren oberster Leiter er auch i. J. 1901 nach dem Tode Dr. Colers wurde. Nachdem er an dem deutsch-französischen Kriege in verschiedenen höheren militärärztlichen Stellungen teilgenommen, wurde er 1874 Professor der Kriegsheilkunde an der Akademie für das militärärztliche Bildungswesen und später auch Honorarprofessor der Universität Berlin. Prof. L. war lange Zeit Leibarzt Kaiser Wilhelm I., seit 1885 bekleidete er das gleiche Amt bei dem jetzigen Kaiser, der ihm sein besonderes Vertrauen zuwandte und ihn nach Dr. Colers Tode zum Chef des preussischen Sanitätswesens ernannte. Die wissenschaftliche Tätigkeit des Verstorbenen erstreckte sich im wesentlichen auf die redaktionelle Leitung der von ihm begründeten deutschen militär-ärztlichen Zeitschrift. Prof. v. Leuthold erfreute sich wegen seines ausserordentlich liebenswürdigen Wesens in weitesten Kreisen grosser Beliebtheit.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Die Odessaer Universität, welche, wie wir meldeten, einem Beschluss des Konseils zufolge, die Vorlesungen und wissenschaftlichen Beschäftigungen am 7. November wieder aufnehmen sollte, ist auf administrative Anordnung am 15. November wieder bis auf weiteres geschlossen worden.

Digitized by Google

— Zu den Prüfungen behufs Erlangung des Arztgrades haben sich bei der staatlichen Prüfungskommission an der militär-medizinischen Akademie 35 Studierende des letzten Kursus und 4 Externe gemeldet. Die Examina sollten am 12. November beginnen und ca. 2 Monate dauern.

— Der Professor und Direktor der Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten an der Königsberger Universität, Dr. Emil Berthold, ist wegen vorgerückten Alters von seinen amtlichen Verpflichtungen entbunden worden. Als sein Nachfolger soll der Privatdozent Dr. Otto Voss, (ein Schüler des verst. Prof. Trautmann in Berlin) in Aussicht genommen sein, der als Verfasser zahlreicher Abhandlungen auf oto-rhinologischem Gebiet bekannt ist.

— Der XV. internationale medizinische Kongress wird vom 6./19.—13./26. April 1906 in Lissabon tagen. Als Delegierte der militär-medizinischen Akademie werden an dem Kongress der Gynäkologe Prof. Dr. G. Rein und der Physiologe Prof. Dr. I. Pawlow teilnehmen.

Standesangelegenheiten.

— Die Gährung im hiesigen Irrenhospital des heil. Nikolaus des Wundertäters ist in der Dumasitzung vom 25. Nov. Gegenstand mehrstündiger Verhandlungen gewesen. Wie die Tagesblätter berichten, schilderte der Oberarzt des Hospitals Dr. Reformatski die Lage als sehr ernst. Die Gährung unter dem niederen Hospitalpersonal habe allmählig so grosse Dimensionen angenommen, dass geradezu Anarchismus herrscht. Man verlange sofortige Autonomie des Hospitals. Der Ordinator Dr. Troschin habe sogar eine Art Konstitution ausgearbeitet, in welcher dem niederen Personal der grösste Einfluss eingeräumt wird. Hospitalärzte hielten im Hospital Meetings ab, ebenso auch das niedere Personal, und zwar immer unter dem Vorsitz desselben Dr. Troschin. Es wurde sogar der Streik beschlossen, um das Stadtamt zur Gewährung der Hospitalautonomie zu zwingen.

Hierauf ergriff der frühere Oberarzt dieses Hospitals Dr. Tschetschott das Wort. Wie er erzählte, ist es schon so weit gekommen, dass Wärter aus eigener Machtvollkommenheit den Kranken stark wirkende Mittel (Chloral) einzugeben begannen, unter völliger Missachtung der ärztlichen Autorität! Passierscheine des stellv. Oberarztes für Krankenbesuche wurden von den Wärtern missachtet. Kranke wurden beurlaubt und der Krankendienst vernachlässigt. Redner fordert daher eine gerichtliche Untersuchung, die allein mit der nötigen Autorität durchgeführt werden könnte.

In den Debatten über diese Angelegenheit, in welchen verschiedene Stadtverordnete das Wort ergriffen, wies der Präsident der Hospitalkommission Dr. Petrunkewitsch darauf hin, dass die Forderungen des niederen Personals einfach absurd seien, denn die Teilnahme von Hausknechten, Köchen, Wärtern, Wäscherinnen an der Leitung eines medizinischen Instituts sei doch eine Frage, welche überhaupt nicht ernstlich in Erwägung gezogen werden könne.

Die Duma fasste endlich den Beschluss, sofort eine mit weitgehenden Vollmachten ausgestattete Kommission zu wählen und sie mit der Untersuchung und Herstellung der Ordnung in diesem Hospital zu betrauen.

— Wie die «Russ» erfährt, ist der freipraktizierende Arzt Leon Rutkowski in Plonsk (Gouv. Warschau) auf administrativem Wege aus seinem Wohnort ausgewiesen worden.

— In 9 englischen Städten sind, dem British med. Journal zufolge, bei den letzten Wahlen Aerzte zu Bürgermeistern dieser Orte gewählt worden. (R. Wr.)

— Die Einführung der ärztlichen Sontagsruhe wird, wie aus Frankfurt a. Main gemeldet wird, von dem dortigen ärztlichen Verein geplant. Es ist eine Kommission gewählt worden, welche die erforderlichen Schritte in die Wege leiten soll.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Königliche Gesellschaft der Wissenschaft zu Kopenhagen und die Akademie der Wissenschaft zu Berlin haben sich vereinigt, einen Katalog der Handschriften der griechischen und lateinischen Mediziner anzufertigen, um auf Grund dieses Materials der internationalen Vereinigung der Akademien den Plan zu unterbreiten, eine vollständige wissenschaftliche Ausgabe aller Werke der antiken Aerzte in gemeinsamer Arbeit herzustellen. Beschluss hierüber wird in der Wiener Generalversammlung Pfingsten 1907 gefasst werden. (Münch. Allgemeine Zeitung.)

— Eine Verlosung von Freibetten für Lungenkranke veranstaltet das Damenkomitee des Berlin-Brandenburger Heilstättenvereins; Die Gewinner erhalten die Verfügung über ein Freibett in der Heilstätte Belzig, welches sie auf ein Vierteljahr nach ihrem Belieben für Lungenkranke vergeben können. Aber auch diejenigen, die eine Niete ziehen, dürfen sich mit dem Bewusstsein trösten, dass der ganze Ertrag der Lotterie Lungenkranken zugute kommt und zu Unterstützungen und Kurverlängerungen für Männer, Frauen und Kinder dienen wird. Die Lose werden zu 10 Mark verkauft.

— Versuche mit der neuen Behringschen Methode. Die ersten Versuche mit der neuen Behringschen Methode zur Bekämpfung der Tuberkulose, vorläufig bei Rindern, die in Paris gemacht sind, scheinen zu durchaus günstigen Resultaten zu führen. Vor kurzem vereinigten sich in den Stallungen der früheren Kaserne Angerau in Melun (wie der Münchener Allgemeinen Zeitung berichtet wird) Bakteriologen und Tierärzte, um festzustellen, was aus den am 19. Februar d. J. mit Behrings Präparat geimpften Tieren geworden ist. Professor Vallé von der Ecole d'Alfort hatte von Prof. Behring die von ihm auf dem letzten Pariser Kongress charakterisierte, den Bazillenkulturen abgewonnene, pulverartige Substanz erhalten und daraus nach einer schwierigen und gefährlichen Manipulation das Impfmittel erzeugt. Im Juni begann man Versuche, um festzustellen, ob die im Februar geimpften Tiere immunisiert waren; es handelte sich um 21 gesunde, junge flämische Kühe, Stiere des Limousin und normannische Ochsen. Man nahm sieben von diesen geimpften Kühen und stellte ihnen als «Zeugen» sieben nicht geimpfte, gesunde Kühe gegenüber, dann spritzte man allen das Tuberkulose-Virus unter die Schulterhaut. Alle nicht geimpften «Zeugen» wiesen einen Monat später schwere Tuberkulose auf, die geimpften Tiere blieben unversehrt bis auf einige, die schwache Spuren von Krankheit zeigten. Sechs anderen «Zeugen» wurden die Bazillenkulturen in die Adern gespritzt; hier war die Verschiedenheit der Wirkung noch grösser, denn alle erkrankten schwer, drei starben nach vierzehn Tagen. Die sechs geimpften Tiere, denen ebenfalls Bazillenkulturen in die Adern gespritzt worden waren, blieben völlig gesund.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. Nov. d. J. 10949 (60 mehr als in d. Vorw.), darunter 953 Typhus — (22 wen.). 1007 Syphilis — (10 mehr), 404 Scharlach — (1 wen.) 156 Diphtherie — (25 mehr), 76 Masern — (6 wen.) und 13 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 13. bis zum 19. Nov. d. J. im ganzen 671 (381 M., 290 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 13, Diphtherie 12, Croup 0, Keuchhusten 12, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 8, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 57, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 19, Tuberkulose der Lungen 101, Tuberkulose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungskanals 55, Totgeborene 34.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 13. Dez. 1905.

Tagesordnung: Lunin: Ueber Ficker's Typhusdiagnostikum.
Neumann: Zur Behandlung der Ohreneiterungen.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Dez. 1905.

Digitized by Google

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Ein sehr nützliches Produkt aus Cascara-Sagrada

„CASCARINE LEPRINCE“

$C^{12} H^{10} O^{5}$

Medizinische Akademie
12. Juli 1892.

Akademie d. Wissenschaften
1. April 1893 u. 3. Juli 1899.

Erprobt: bei gewöhnlicher Verstopfung, Leberleiden, als antiseptisches Mittel für die Verdauungsorgane; bei Atonie des Verdauungskanals, Verstopfung bei Schwangeren und mit der Brust Stillenden, und gegen Gallenstein.

Gewöhnliche Dosis in Pillen: 2 Pillen nach dem Essen oder zur Nacht vor dem Schlafengehen.

Haupt-Depot: 62, rue de la Tour, Paris. (32) 12—12.

Depot in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства. ✱ ✱

Совершенно не раздражаетъ. ✱ Охотно принимается. ✱ Хорошо усваивается. ✱ Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Кресלингъ, Спб., Б.Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать **САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ** во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

Creosotal

Creosotal „Heyden“ ist das bewährteste **Antiphthisikum**; mit Duotal alternierend darzureichen. Ganz hervorragend als **innerliches Antiskrofulosum**. In hohen Dosen (10—15 g. tägl., für Kinder 1—6 g., in 4 Teilen) ein sicher und schnell wirkendes Mittel bei allen **akuten Erkrankungen der Luftwege** von den einfachsten Erkältungsformen bis zur **kompliziertesten Pneumonie**. — **Creosotal „Heyden“** besitzt die reine Heilwirkung des Kreosots, frei von dessen zerrüttenden ätzenden Nebenwirkungen.

Collargol

Bei **septischen** Erkrankungen, besonders **Septikämie** und **Puerperalprozessen** (auch **prophylaktisch** gegen **Puerperalfieber**), bei **Appendicitis** etc. in Lösung zur **intravenösen**, **rektalen** und innerlichen Anwendung, als **„Unguentum Credé“** zum Einreiben. Auch zur **Wundbehandlung** empfohlen. — **Collargoltabletten** zu 0,05 und 0,25 g.

Salocreol

Salicylsäurekreosotester. Wirksamstes Mittel zur **äusserlichen** Behandlung von **Lymphdrüsenschwellungen** (bei **Skrofulose**, nach Masern, Scharlach, Influenza, etc.).

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik v. Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet, St. Petersburg, W. O., Sredny Prosp. 8.

Buchhandlung der **PRAKTISCHEN MEDIZIN**
St. Petersburg, Nischegorodskaja, 15
(Telephon 5439)
nimmt entgegen

ABONNEMENTS,

auf sämtliche ausländische und russische Medizinische Jurnäle und rechnet zu folgendem Kurse: 1 Mark — 52 Kop., 1 Frank — 42 Kop.

Katalog gratis und franko.

Den Herren Aertzten werden auf Wunsch sämtliche Neuigkeiten der Medizinischen Literatur zur Ansicht gesandt.

Jahresrechnungen.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. **Koeniger.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Die Buchhandlung von

K. L. RICKER.

Petersburg, Newski Prosp., № 15.

empfiehlt sich zur Lieferung sämtlicher in- und ausländischer Zeitschriften und Zeitungen unter Zusicherung promptester Zusendung. Ansichtssendungen medizinischer Novitäten in russischer, deutscher, französischer und englischer Sprache werden bereitwilligst ausgeführt. Kataloge gratis.

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

(107) 26—4.

Marke „Pfeilring“.

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY

(62) 17—11.

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Buchhandlung von K. L. Ricker.
St. Petersburg, Newsky Prosp., Nr. 14.

Soeben erschienen:

Dr. E. Moritz.

Ueber Lebensprognosen.

2. Auflage, St. Petersb. 1905. Preis 75 K.

Д-ръ Э. Ф. Морицъ,

Главный врачъ страховыхъ обществъ «Россія» и «1-го Россійскаго 1827 года»

О предсказаніи жизни.

2. изданіе, СПБ. 1905 г., цѣна 75 коп.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose, chron. Ekzeme.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.
Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.
Frau Minna Rieser, geb. Franke. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.
Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.
Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.
Frau Gälsen, W. O., 17 Linie, Haus № 16 Qu. 18.
Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.

Styptol (Knoll)	**Anthrasol (Knoll)**
Uterines Haemostaticum.	Entfärbter Teer.
Vereinigt die blutstillende Wirkung des Cotarnins und der Phtalsäure.	Besonders juckstillend und keratoplastisch. Anwendung wie gewöhnlicher Teer.

Literatur und Proben kostenlos!

KNOLL & Co * LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven- und Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

◆ Käuflich in allen Apotheken. ◆ (51) 25—25.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.

Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

◆ Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober. ◆

Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

Stottern heilt dauernd die Sprachlehranstalt (mit Pension) Prov. Martin Wagner. Neueste Methode. Keine Rückfälle!! С.П. Б. Екатерининскій каналъ 52 (Демидовъ мость) кв. 52 (Lift). Zahlreiche glänzende Atteste. Prospekte gratis.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau**, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga**, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19**, Seydelstrasse 16. (99) 10—6.

Das Krankenutensilienlager

des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Airol · *Digalen* · *Thiocol* · *Thiocol-tabletten*

Sirolin

die idealste Form der Guajacol-Therapie.

Wohlriechender, angenehm schmeck. Sirup.

Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.

Warnung! Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.

Protylin

Phosphoreiweiss m. 2,6% entgift. Phosphor.

Leicht resorbierb., völl. unschädl. f. d. Darmtrakt. Neurosen, Hysterie, senil. Marasmus, Cachexie.

Eisen-Protylin (Eisengeh 2,3%), b. **Chlorosen** u. **Anæmie.**

Brom-Protylin (Bromgehalt 4%, org. geb.), bei **Neurosen.**

Originalpackungen von 25, 50, 100, 250 gr. und Tabletten à 0,25 gr. in Cartons à 100 Stück.

Asterol · *Arsylin* · *Thigenol* · *Sulfosot-sirup*

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^{IE}, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

7248 will follow

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
JAN 27 1906

XXX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557

№ 49 u. 50 St. Petersburg, den 17. (30.) Dezember. **1905.**

Inhalt: Direktor Dr. Alexander von Pezold: Fünfter Bericht über die Tätigkeit des Evangelischen Sanatoriums zu Pitkäjärvi. — Dr. E. Masing: Edinger's Theorie der Entstehung von Nervenkrankheiten durch Funktion. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Taschenbuch der Therapie. Herausgegeben von Dr. M. T. Schnirer. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Tagesnachrichten. — Anzeigen.

Infolge des erneuten Generalstreikes ist die Redaktion wiederum genötigt, die in der vorigen Woche fällige № 49 zugleich mit der heutigen № 50 als Doppelnummer erscheinen zu lassen.

Dieser № liegt № 10 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medizinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1906 unter der **jetzigen Redaktion** und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate und Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medizinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte, des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg, der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga, der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat, der Gesellschaft Livländischer Aerzte, der Estländischen ärztl. Gesellschaft, der Gesell. prakt. Aerzte zu Libau und des Livländischen ärztl. Rechtsschutzvereins.** — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der russischen medizinischen Literatur widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende **Referate über alle wichtigeren in russ. medizin. Journalen erscheinenden Arbeiten** den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das Jahr, **4 Rbl.** für ein halbes Jahr; in **den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, **10 Mark** für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky Prospekt Nr. 14, zu richten.

Fünfter Bericht über die Tätigkeit des Evangelischen Sanatoriums zu Pitkäjärvi.

1. Januar bis zum 31. Dezember 1903.

Von

Direktor Dr. Alexander von Pezold.

Wie in den Vorjahren, so sei auch im Berichtsjahr den statistischen Angaben über die im Sanatorium Verpflegten eine meteorologische Tabelle vorausgeschickt.

Da zu genaueren Beobachtungen notwendige Instrumente fehlten, so können diese Aufzeichnungen nur einen bedingten Wert repräsentieren, ermöglichen aber doch immerhin eine ungefähre Orientierung über die Witterungsverhältnisse in unserer Gegend. Es sind von mir schon Schritte getan worden, um eine den Anforderungen entsprechende meteorologische Station einzurichten, und da diesmal begründete Aussicht vorhanden, dass sich die Ausführung dieses schon lange gehegten Planes realisieren lässt, so werden hoffentlich in der Zukunft genauere meteorologische Beobachtungen veröffentlicht werden können.

Im Evangelischen Sanatorium zu Pitkäjärvi sind vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 1903 im ganzen 92 Personen verpflegt worden, von diesen waren 20 aus dem Vorjahr übernommen. 76 haben bis zum 31. Dezember die Anstalt verlassen und verbleiben somit 16 zum 1. Januar 1904.

Die Gesamtzahl der Verpflegungstage beträgt 7266 und zwar sind davon:

Verpflegungstage der Patienten . .	6552
» v. Erholungsbedürftigen .	146
» » Begleitpersonen. . .	208
» » Besuchern	360
Total =	7266

Von den 92 Verpflegten waren:

männlichen Geschlechts. .	53	= 57,6	pCt.
weiblichen Geschlechts. .	39	= 42,4	»
ledig	66	= 71,7	»
verheiratet	23	= 25,0	»
geschieden	1	= 1,1	»
verwitwet	2	= 2,2	»

Digitized by Google

Meteorologische Beobachtungen 1903.

Monate:	Temperaturmittel				Temperatur		Barom. auf 0° reduziert nach Zell.	Hygrometer	Bewölkung			Tage mit			Wind.	
	Morgen	Mittag	Abend	Monatsmittel	Maximum	Minimum			bewölkt	veränderl.	hell	Nebel	Regen	Schnee	Stärke:	vorherrsch. Richt.
Januar . . .	—4,77	—3,9	—5	—4,56	+2	—15	29,74	40	14	6	11	1	2	7	gering	W.
Februar . .	—3,5	—1,5	—3,32	—2,77	+2	—20	29,75	45	11	5	12	1	5	6	gering	SSO.
März	—0,22	+2,84	+0,47	+1,03	+10	—7	29,82	50	14	6	11	4	8	4	ungleich	W.
April	+5,13	+8,33	+4,63	+6,03	+17	+1	29,82	65	13	8	9	—	10	2	mässig	SO.
Mai	+12	+14,8	+10,77	+12,52	+21	+2	29,88	70	11	9	11	—	12	—	gering	SW.
Juni	+13,4	+15,93	+12,77	+14,03	+20	+6	29,87	75	6	7	17	—	9	—	gering	SW.
Juli.	+12,19	+13,84	+12,16	+12,73	+20	+9	29,72	75	18	8	5	—	16	—	ungleich	W.u.SW.
August. . .	+10,26	+12,61	+6,9	+9,92	+16	+6	29,72	85	12	12	7	—	12	—	mässig	SW.
September .	+4,53	+6,6	+3,66	+4,75	+14	—3	29,87	75	8	6	16	—	4	4	gering	NW.
Oktober. . .	+0,52	+1,52	+0,68	+0,91	+6	—7	29,9	65	17	9	5	2	13	3	—	—
November .	—2,1	—0,8	—1,9	—1,6	+2	—8	29,84	60	18	3	9	2	5	8	gering	SW.
Dezember .	—4,67	—4,9	—5,64	—5,07	+2	—15	30,3	45	17	—	14	—	2	4	gering	SW.
Jahr	+4,27	+6,53	+3,76	+4,85	+21	—20	29,85	62,5	159	79	127	10	98	38	gering	SSW.

Der Confession nach waren:

Evangelisch-lutherisch . 51 / Anglikanisch. 1	52	Protest.	= 56,5	pCt.
Griechisch-katholisch . . .	34	»	= 36,9	»
Römisch-katholisch. . . .	3	»	= 3,3	»
Mosaisch	3	»	= 3,3	»

Der Staatsangehörigkeit nach waren:

		pCt.	pCt.
Russ. Untertanen	aus d. Reich	51=55,4	90=97,8
	aus d. balt. Prov.	37=40,2	
	aus Finnland. .	1= 1,1	
	aus Polen. . .	1= 1,1	
Deutsche Untertanen:			2= 2,2

Der Nationalität nach:

Deutsche	42=45,6	pCt.
Russen	30=32,6	»
Letten.	6= 6,5	»
Hebräer	4= 4,3	»
Esten	3= 3,3	»
Polen.	2= 2,2	»
Engländer . . .	1= 1,1	»
Schweden. . . .	1= 1,1	»
Franzosen . . .	1= 1,1	»
Tschechen . . .	1= 1,1	»
Litauer	1= 1,1	»

Dem Stande nach gehörten zum:

Adels- und Exemptenstande.	18=19,6	pCt.
Literatenstande	39=42,4	»
Bürgerstande	31=33,7	»
Bauernstande.	4= 4,3	»

In den folgenden Aufzeichnungen werden nur die tuberkulösen Lungenkranken berücksichtigt werden und zwar nur diejenigen, welche im Berichtsjahr ihre Kur abgeschlossen haben, da dieses ein wichtigeres Bild bietet, als wenn alle im Laufe des Jahres überhaupt verpflegten Patienten in Betracht gezogen würden. Zum Vergleich seien auch die entsprechenden Daten des Vorjahres erwähnt. Da drei Kranke im Berichtsjahre zweimal zur Kur gewesen sind, während eine Patientin die Anstalt bereits am anderen Tage verliess, so musste dieser Umstand, um bei den nachfolgenden Angaben richtige statistische Erhebungen zu erhalten, entsprechend berücksichtigt werden.

Die Dauer des Kuraufenthalts der 71 Patienten, welche im Berichtsjahre zur Entlassung kamen, beträgt 11450 Tage, was (nach Abzug von 2 Insassen, deren Verbleiben sich auf 3 Jahre erstreckte), für den einzelnen eine durchschnittliche Kurdauer von 94,5 Tagen (resp. 161,2 Tage) ergiebt, gegen 126 Tage im Vorjahre. Diese Kurtage verteilen sich auf die einzelnen Stadien in folgender Weise:

Es kamen:

	Berichtsjahr:	Vorjahr:
auf d. I. Stadium durchschn.:	1847 Kurtage	109 Kurtage
„ „ II. „ „	1523 „	126 „
„ „ III. „ „	3155 (resp. 4925)	146 „

Nach dem Lebensalter verteilen sich die 71 (resp. 68) Patienten des Berichtsjahres sowie die 48 Patienten des Vorjahres, die ihre Kuren abgeschlossen hatten, wie folgt:

Alter:	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
15—20	10 = 14,8	10 = 20,8
20—25	19 = 27,9	11 = 23,0
25—30	14 = 20,6	9 = 18,7
30—35	9 = 13,2	5 = 10,4
35—40	11 = 16,1	6 = 12,5
40—45	3 = 4,4	4 = 8,3
45—50	1 = 1,5	2 = 4,2
50—55	1 = 1,5	1 = 2,1

Digitized by Google

Was die Beschäftigung resp. den Beruf anbetrifft, so waren:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Beschäftigungslose	14 =	20,6	12 =	25,0
Kontoristen u. Kaufleute	13 =	19,1	11 =	22,7
Schüler und Kadetten	7 =	10,3	8 =	16,7
Studenten	5 =	7,3	2 =	4,2
Lehrer und Lehrerinnen	2 =	2,9	8 =	16,7
Juristen	2 =	2,9	2 =	4,2
Aerzte	1 =	1,5	2 =	4,2
Theologen	3 =	4,4	—	—
Ingenieure	3 =	4,4	—	—
Pharmazeuten	1 =	1,5	—	—
Zahnärzte	1 =	1,5	1 =	2,1
Künstler (Musiker)	1 =	1,5	—	—
Marineoffiziere	1 =	1,5	1 =	2,1
Kammerpagen	1 =	1,5	—	—
Beamte	2 =	2,9	1 =	2,1
Techniker	4 =	5,9	—	—
Barmherzige Schwestern u. Akkoucheuse	3 =	4,4	—	—
Handwerker	4 =	5,9	—	—

Hinsichtlich hereditärer Momente liessen sich folgende Angaben feststellen:

	Berichtsjahr	pCt.	Vorjahr	pCt.
Es waren direkt oder indirekt belastet	40 Fälle	= 58,9	31 Fälle	= 64,6
Davon direkt	14 „	= 20,6	14 „	= 29,2
Unbelastet waren	28 „	= 41,1	17 „	= 35,4

Und zwar litten an Tuberkulose:

	Berichtsjahr	pCt.	Vorjahr	pCt.
Brüder	7 =	10,3	9 =	18,8
Schwestern	9 =	13,2	8 =	16,6
Brüder und Schwestern	3 =	4,4	4 =	8,3
Vater	3 =	4,4	3 =	6,2
Mutter	9 =	13,2	10 =	20,8
Beide Eltern	1 =	1,5	2 =	4,2
Geschwister des Vaters	7 =	10,3	3 =	6,2
Geschwister der Mutter	4 =	5,9	4 =	8,3
Geschwister beider Eltern	—	—	—	—
Grossvater	1 =	1,5	1 =	2,1
Grossmutter	4 =	5,9	—	—
Beide Grosseltern	—	—	1 =	2,1
Geschwister des Grossvaters	—	—	—	—
Geschwister der Grossmutter	3 =	4,4	1 =	2,1
Geschwister beider Grosseltern	—	—	—	—
Urgrossvater	—	—	—	—
Urgrossmutter	1 =	1,5	—	—
Beide Urgrosseltern	1 =	1,5	1 =	2,1

Maligne Tumoren in der Ascendenz konnten in 3 Fällen = 4,4 pCt. (Vorjahr 3 Fälle = 6,3 pCt.) eruiert werden.

Es litten an Carcinoma:

	Berichtsjahr	pCt.	Vorjahr	pCt.
Der Vater allein	2 =	2,9	—	—
Die Mutter allein	1 =	1,5	2 =	4,2
Beide Eltern	—	—	1 =	2,1

Geisteskrankheiten wurden 5 mal (gegen 3 im Vorjahr) angegeben und zwar:

	Berichtsjahr	pCt.	Vorjahr	pCt.
Beim Vater	—	—	1 =	2,1
Bei der Mutter	1 =	1,5	1 =	2,1
Beim Bruder	1 =	1,5	1 =	2,1
Beim Bruder des Vaters	1 =	1,5	—	—
Beim Vater beider Grossväter	1 =	1,5	—	—
Beim Grossvater d. Grossmutter	1 =	1,5	—	—

Polymortalität der Geschwister war vorhanden in 6 Fällen = 8,8 pCt. gegen 8 Fälle = 16,6 pCt. des Vorjahres.

Im Einzelnen ergaben sich folgende Kombinationen besonders schwer belasteter Fälle:

1. (Nr. 87). Der Patient ist das siebente von zehn Kindern, die Mutter litt an Tuberkulose ist aber geheilt.

2. (Nr. 94). Der Patient ist das vierte von neun Kindern. Ein Bruder und 1 Schwester leiden an Tub. pulm., ein Bruder ist an Tub. pulm. gestorben; ausserdem sollen in der Familie der Mutter sehr viele Fälle von Tuberkulose vorgekommen sein.

3. (Nr. 98). Die Patientin ist Siebenmonatskind, war stets sehr schwächlich und geneigt zu Erkältungen. Die Mutter ist 2 Monate nach der Geburt der Patientin an Tub. pulm. gestorben, der Vater soll gleichfalls lungenleidend gewesen sein.

4. (Nr. 163). Der Patient ist das fünfte von fünf Kindern, von denen zwei klein gestorben sind: war stets ein sehr kränkliches Kind. Beide Grosseltern der Mutter an Tub. pulm. gestorben.

5. (Nr. 171). Die Patientin ist das neunte von 10 Kindern, von welchen 4 ganz jung gestorben sind. Als Kind Skrophulose und stets zu Erkältungen geneigt. Mutter an Tub. pulm. gestorben.

6. (Nr. 173). Die Patientin ist das sechste von sechs Kindern, von denen drei ganz klein gestorben sind. Die Mutter der Patientin ist aus zweiter Ehe das neunte von 10 Kindern und der Vater war das zehnte von zehn Kindern und starb an Carcinoma hepatis. Ein Bruder der Patientin, ein Bruder des Vaters, der Vater beider Grossväter sowie der Grossvater der Grossmutter väterlicherseits waren geisteskrank. Die Mutter des Vaters an Tub. pulm. gestorben. Patientin litt als Kind an Skrophulose, war stets sehr geneigt zu Erkältungen und ist selbst sehr nervös.

7. (Nr. 175). Die Patientin ist das neunte von neun Kindern, ein Bruder an Tub. laryngis, ein anderer an Tub. pulm. gestorben.

8. (Nr. 176). Der Patient ist das sechste von sieben Kindern und litt in der Kindheit an Skrophulose. Der Grossvater litt an Tub. pulm. und wurde gleichwie der Bruder des Vaters, welcher zuerst an Tub. pulm., dann an Tub. laryngis gelitten, geheilt. Die Mutter des Kranken hat in der Kindheit eine Ostitis tub. eines Fusswurzelknochens durchgemacht, welche nach Resektion des Knochens heilte.

9. (Nr. 178). Der Patient ist das siebente von zehn Kindern und war als Kind skrophulös. Der Vater sowie zwei Brüder an Tub. pulm. gestorben, eine Schwester an Tub. pulm. et intestin. gestorben.

10. (Nr. 184). Der Patient ist das vierte von sechs Kindern, die Mutter gestorben an Carcinoma, zwei Schwestern und ein Vaterbrudersohn an Tub. pulm. gestorben.

11. (Nr. 191). Der Patient ist das siebente von zehn Kindern, die Mutter und eine Schwester an Tub. pulm. gestorben.

Digitized by Google

12. (Nr. 193). Die Patientin ist das vierte von 16 Kindern und war stets sehr geneigt zu Erkältungen sowie sehr nervös. Beide Eltern und zwei Schwestern an Tub. pulm. gestorben.

13. (Nr. 239). Die Patientin ist das vierte von elf Kindern. Der Vater gestorben an Carcinoma, die Mutter an Phthisis pulmonum. Ein Bruder, mit dem die Patientin zusammen lebte und von dem sie infiziert zu sein glaubt, gleichfalls an Tub. pulm. gestorben. Auch alle übrigen Geschwister sollen lungenkrank? sein.

Infektion wurde in 2 (Vorjahr 4) Fällen angegeben.

	Berichtsjahr	pCt.	Vorjahr	pCt.
Von Seiten des Ehegatten	1 mal	= 1,5	1 mal	= 2,1
„ „ „ Bruders	1 „	= 1,5	—	—
„ „ „ Stubengen.	—	—	1 „	= 2,1
„ „ „ Berufsgen.	—	—	1 „	= 2,1
Im Beruf (Arzt)	—	—	1 „	= 2,1

Sonstige prädisponierende Momente für die Erkrankung bestanden in:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Brehmer'scher Belastung *)	11	= 16,1	5	= 10,4
Schwächl. Konstitution	16	= 23,5	7	= 14,6
Gracilem Körperbau	17	= 25	13	= 27,1
Habitus paralyticus	12	= 17,7	6	= 12,5
Verkümmertem Thorax	3	= 4,4	3	= 6,3
	(1 Pect. carin.)		(1 Schusterbrust)	
Skoliosis	3	= 4,4	2	= 4,2
Kyphosis	1	= 1,5	—	—
Kyphoskoliosis	3	= 4,4	—	—
Raschem Wachstum	1	= 1,5	2	= 4,2
Neigung zu Katarrhen	15	= 22	15	= 31,3
Körperlichen Anstrengungen	13	= 19,1	2	= 4,2
Geistigen Anstrengungen	12	= 17,7	7	= 14,6
	(4 Examen)		(2 Examen)	
Exzessen	2	= 2,9	3	= 6,3
Potatorium	6	= 8,8	2	= 4,2
Chron. Morphinismus	1	= 1,5	—	—
Schlechte Esser waren	2	= 2,9	1	= 2,1
Schlechten hygien. Verhältn.	3	= 4,4	4	= 8,3

Vor Ausbruch der jetzigen Erkrankung litten an:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt
Scrophulose	12	= 17,7	3	= 6,3
Tuberkulose and. Organe	7	= 10,3	6	= 12,5
Rhachitis	4	= 5,9	1	= 2,1
Chlorose und Anämie	7	= 10,3	14	= 29,2
Agrypnie	6	= 8,8	—	—
Nervenkrankheiten (b. Hysterie u. Neurasthenie)	12	= 17,7	9	= 18,7
Epilepsie	1	= 1,5	—	—
Chron. Magen- u. Darmerkrankungen	17	= 2,5	22	= 45,8
Haemorrhoiden	1	= 1,5	—	—
Leberleiden	1	= 1,5	—	—
Typhlitis (Perityphlitis)	1	= 1,5	1	= 2,1
Chron. gynäkolog. Krankheiten	4	= 5,9	2	= 4,2
Nierenkrankheiten	3	= 4,4	1	= 2,1
Häufige Epistaxis	1	= 1,5	2	= 4,2
Häufige Kopfschmerzen	7	= 10,3	4	= 8,3
Ischias	1	= 1,5	—	—
Nasenleiden	3	= 4,4	3	= 6,3

*) Brehmer bezeichnet die jüngsten Kinder sehr kinderreicher Ehen als zur Tuberkulose besonders disponiert.

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt
Otitis media	1	= 1,5	1	= 2,1
Angina	5	= 7,3	3	= 6,3
Laryngitis	4	= 6,0	—	—
Bronchitis	10	= 14,8	5	= 10,4
Pleuritis	12	= 17,7	13	= 27,1
Pneumonie	17	= 25	12	= 25
Pertussis	14	= 20,6	7	= 14,6
Croup	1	= 1,5	1	= 2,1
Parotitis epidemica	3	= 1,4	—	—
Influenza	11	= 16,1	12	= 25
Meningitis	—	—	1	= 2,1
Rubeola	11	= 16,1	2	= 4,2
Varicellae	12	= 17,7	11	= 22,9
Morbilli	48	= 70,6	37	= 77,2
Scarlatina	27	= 39,7	16	= 33,3
Diphtherie	9	= 13,2	7	= 14,6
Variola	3	= 4,4	1	= 2,1
Dysenterie	1	= 1,5	1	= 2,1
Polyarthritis	5	= 7,3	1	= 2,1
Typhus abdominalis	15	= 22,1	8	= 16,6
Malaria	5	= 7,3	5	= 10,4
Lues	4	= 5,9	1	= 2,1
Gonorrhöe	15	= 22,0	7	= 14,6
Cystitis	2	= 2,9	—	—
Erysipel	—	—	1	= 2,1
Skabies	—	—	1	= 2,1
Lipoma	1	= 1,5	—	—
Trauma infolge eines Versuches v. Suicidium	1	= 1,5	—	—

Der Beginn der Lungentuberkulose wurde von den Patienten angegeben als vor:

Zeitraum:	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Vor 1/4 Jahr	8 mal	= 11,8	9 mal	= 18,7
1/4—1/2 „	10 „	= 14,8	8 „	= 16,6
1/2—1 „	10 „	= 14,8	12 „	— 25
1—2 „	14 „	= 20,6	10 „	= 20,8
2—3 „	6 „	= 8,8	3 „	= 6,4
3—4 „	2 „	= 2,9	1 „	= 2,1
4—5 „	5 „	= 7,3	2 „	= 4,2
5—6 „	3 „	= 4,4	—	—
6—7 „	2 „	= 2,9	—	—
7—9 „	2 „	= 2,9	2 „	= 4,2
9—12 „	3 „	= 4,4	1 „	= 2,1
12—23 „	1 „	= 1,5	—	—

Der Ausbruch erfolgte in direktem Anschluss an:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Influenza	5 mal	= 7,3	9 mal	= 18,7
Pneumonie u Pleuritis	6 „	= 8,8	2 „	= 4,2
Bronchitis	1 „	= 1,5	1 „	= 2,1
Pertussis	1 „	= 1,5	— „	—
Typhus abdom.	1 „	= 1,5	1 „	= 2,1
Trauma	—	—	1 „	= 2,1
Lactation	1 „	= 1,5	1 „	= 2,1
Erkältung	11 „	= 16,1	5 „	= 10,4
Malaria	— „	—	1 „	= 2,1
Morbilli	— „	—	1 „	= 2,1

Es manifestierte sich die Krankheit mit:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Initialer Haemoptoe	10 mal	= 14,8	8 mal	= 16,6
Husten allein	10 „	= 14,8	14 „	= 29,2
Fieber allein	1 „	= 1,5	4 „	= 8,3

Digitized by Google

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Husten und Fieber .	23 „	= 33,8	26 „	= 54,3
Husten u. Auswurf .	8 „	= 11,8	4 „	= 8,3
Heiserkeit	3 „	= 4,4	4 „	= 8,3
Gastrischen Erscheinungen	1 „	= 1,5	1 „	= 2,1
Appetitlosigkeit . .	26 „	= 38,2	14 „	= 29,2
Abmagerung und Ermüdungsgefühl . .	14 „	= 20,6	12 „	= 25,0
Brustschmerzen . . .	10 „	= 14,8	11 „	= 22,9
Nachtschweissen . .	15 „	= 22,0	25 „	= 52,8
Dyspnoe	5 „	= 7,3	3 „	= 6,3

Nach dem Grade der Erkrankung unterscheiden wir leichte, mittelschwere und schwere Fälle nach dem von Turban**) angegebenen Schema.

Turban's Einteilung lautet:

I. Stadium: Leichte, höchstens auf das Volumen eines oder zweier halber Lappen ausgedehnte Erkrankung.

II. Stadium: Leichte, weiter als I, aber höchstens auf das Volumen zweier Lappen ausgedehnte Erkrankung, oder schwere auf das Volumen eines Lappens ausgedehnte Erkrankung.

III. Alle Erkrankungen, die über II hinausgehen.

Es gehörten zum:

Stadium:		Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
I	männl. 14, weibl. 8	22	= 32,3	11, 10 = 21	= 43,75
II	männl. 13, weibl. 5	18	= 26,5	4, 4 = 8	= 16,66
III	männl. 16, weibl. 12	28	= 41,2	11, 8 = 19	= 39,59

Was die Lokalisation des Prozesses anbelangt, so waren ergriffen:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Beide Lungen . .	55=81	31=64,6
Rechte Lunge allein.	11=16,1	12=25,0
Linke Lunge allein.	2= 2,9	5=10,4

Nach dem Bazillenbefunde war das Ergebnis:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Eintritt, Austritt positiv	29 = 40,8	15 = 31,2
Eintritt positiv, Austritt negativ	31 = 43,7	19 = 39,6
Eintritt, Austritt negativ	11 = 15,5	14 = 29,2
Eintritt negativ, Austritt positiv	—	—

Von den 11 Fällen geschlossener Tuberkulose wurde von 7 (gegen 8 im Vorjahr) während ihres Aufenthalts im Sanatorium kein Sputum produziert.

Das Fieber war:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Eintritt, Austritt positiv	14 = 19,7	16 = 33,3
Eintritt positiv, Austritt negativ	37 = 52,1	22 = 45,9
Eintritt, Austritt negativ	20 = 28,2	9 = 18,8
Eintritt negativ, Austritt positiv	—	1 = 2,0

**) Ueber beginnende Lungentuberkulose und über die Einteilung der Krankheit in Stadien, Wiesbaden 1899.

Ueber Nachtschweisse beim Eintritt klagten 46 = 64 pCt. gegen 35 = 73 pCt.

Haemoptoen bei der Anamnese in 40 Fällen = 58,9 pCt. gegen 19 mal = 39,6 pCt. im Vorjahre angegeben.

Während der Anstaltskur kamen 3 mal 4,4 pCt. (Vorjahr 4 mal = 8,3 pCt.) Haemoptoen vor, wobei geringe Blutbeimengungen, wie sie wohl bei jedem Tuberkulösen ab und zu im Sputum beobachtet werden, nicht gerechnet wurden.

Raucher waren von den 68 (71) Patienten 26=38,2 pCt.

In folgenden Tabellen sei die Körperlänge der 68 (71) Patienten gegeben. Die zweite Tabelle enthält dann die Körpergrösse der 40 Lungenbluter.

Berichtsjahr:

Tabelle I. Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.	Tabelle II. Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
133	1	—	1	133	—	—	—
143	—	1	1	143	—	1	1
148	—	—	—	148	—	—	—
149	—	1	1	149	—	1	1
150	—	—	—	150	—	—	—
151	—	—	—	151	—	—	—
152	—	—	—	152	—	—	—
153	—	1	1	153	—	1	1
154	—	2	2	154	—	—	—
155	—	1	1	155	—	1	1
156	—	2	2	156	—	1	1
157	—	—	—	157	—	—	—
158	—	2	2	158	—	2	2
159	1	—	1	159	—	—	—
160	—	1	1	160	—	1	1
161	1	—	1	161	1	—	1
162	—	2	2	162	—	—	—
163	1	1	2	163	1	—	1
164	2	1	3	164	2	—	2
165	1	2	3	165	1	1	2
166	—	1	1	166	—	—	—
167	3	3	6	167	1	4	5
168	5	—	5	168	3	—	3
169	1	1	2	169	—	1	1
170	2	1	3	170	2	1	3
171	2	1	3	171	1	—	1
172	6	—	6	172	3	—	3
173	2	1	3	173	1	1	2
174	3	—	3	174	1	1	2
175	1	—	1	175	1	—	1
176	3	—	3	176	2	—	2
177	1	—	1	177	—	—	—
178	2	—	2	178	2	—	2
179	1	—	1	179	1	—	1
180	1	—	1	180	—	—	—
181	—	—	—	181	—	—	—
182	1	—	1	182	—	—	—
183	—	—	—	183	—	—	—
184	1	—	1	184	—	—	—
185	—	—	—	185	—	—	—
186	1	—	1	186	—	—	—

Vorjahr:

Tabelle I. Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.	Tabelle II. Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
133	—	—	—	133	—	—	—
143	—	—	—	143	—	—	—
148	—	1	1	148	—	—	—
149	—	1	1	149	—	—	—
150	—	—	—	150	—	—	—
151	—	—	—	151	—	—	—
152	—	1	1	152	—	—	—
153	1	—	1	153	1	—	1
154	1	1	2	154	1	—	1

Digitized by Google

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
155	—	2	2
156	—	—	—
157	—	—	—
158	—	—	—
159	—	—	—
160	2	4	6
161	—	2	2
162	—	1	1
163	—	3	3
164	—	1	1
165	1	—	1
166	—	1	1
167	3	1	4
168	1	—	1
169	2	1	3
170	3	—	3
171	—	—	—
172	3	1	4
173	1	—	1
174	—	—	—
175	1	—	1
176	4	1	5
177	—	—	—
178	3	—	3
179	—	—	—
180	—	—	—
181	—	—	—
182	—	—	—
183	—	—	—
184	—	—	—
185	—	—	—
186	—	—	—

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
155	—	1	1
156	—	—	—
157	—	—	—
158	—	—	—
159	—	—	—
160	1	2	3
161	—	—	—
162	—	1	1
163	—	1	1
164	1	—	1
165	1	—	1
166	—	—	—
167	1	1	2
168	1	—	1
169	1	—	1
170	2	—	2
171	—	—	—
172	1	—	1
173	—	—	—
174	—	—	—
175	—	—	—
176	—	1	1
177	—	—	—
178	1	—	1
179	—	—	—
180	—	—	—
181	—	—	—
182	—	—	—
183	—	—	—
184	—	—	—
185	—	—	—
186	—	—	—

Im Nachstehenden seien die Vergleichszahlen gegeben, welche das Verhältnis der Körperlänge aller gemessenen 68 (Vorjahr 48) Patienten zu der der Lungenbluter illustrieren.

Berichtsjahr:

Körperlänge:	Gesamtzahl:	Lungenblutter:
von 133—140 m.	1 = 1,5 pCt.	— = — pC.
„ 141—150 „	2 = 2,9 „	2 = 2,9 „
„ 151—160 „	10 = 14,8 „	6 = 8,8 „
„ 161—170 „	28 = 41,1 „	18 = 26,5 „
„ 171—180 „	24 = 35,3 „	14 = 20,6 „
„ 181—190 „	3 = 4,4 „	— = — „

Vorjahr:

Körperlänge:	Gesamtzahl:	Lungenbluter
von 133—140 m.	— = — „	— = — pCt.
„ 141—156 „	2 = 4,2 „	— = — „
„ 151—160 „	12 = 25 „	6 = 12,5 „
„ 161—170 „	20 = 41,6 „	10 = 20.8 „
„ 171—180 „	14 = 29,2 „	3 = 6,3 „
„ 180—190 „	— = — „	— = — „

Entsprechend zeigen dann den Thoraxumfang aller 68 (Vorjahr 48) Patienten und wiederum der Lungenbluter die beiden nächsten Tabellen:

Berichtsjahr:

Tabelle I.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
64	1	—	1
65	—	—	—
66	—	—	—
67	—	1	1
68	—	—	—
69	—	—	—
70	—	—	—
71	—	1	1
72	—	1	1
73	—	2	2
74	—	1	1
75	—	1	1
76	2	3	5
77	2	1	3
78	—	1	1
79	3	3	6
80	1	—	1
81	1	2	3
82	3	1	4
83	3	2	5
84	3	4	7
85	5	1	6
86	—	—	—
87	4	—	4
88	3	—	3
89	3	—	3
90	1	—	1
91	3	—	3
92	—	—	—
93	3	—	3
94	1	—	1
95	1	—	1
96	—	—	—
97	—	—	—
98	—	—	—
99	—	—	—
100	—	—	—

Tabelle II.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
64	—	—	—
65	—	—	—
66	—	—	—
67	—	—	—
68	—	—	—
69	—	—	—
70	—	—	—
71	—	1	1
72	—	—	—
73	—	1	1
74	—	1	1
75	—	1	1
76	2	—	2
77	—	1	1
78	—	1	1
79	1	3	4
80	1	—	1
81	—	1	1
82	2	—	2
83	2	2	4
84	1	2	3
85	3	1	4
86	—	—	—
87	3	—	3
88	2	—	2
89	3	—	3
90	1	—	1
91	2	—	2
92	—	—	—
93	2	—	2
94	—	—	—
95	—	—	—
96	—	—	—
97	—	—	—
98	—	—	—
99	—	—	—
100	—	—	—

Vorjahr:

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
64	—	—	—
65	—	—	—
66	—	—	—
67	—	—	—
68	—	—	—
69	1	—	1
70	—	1	1
71	—	1	1
72	—	—	—
73	—	3	3
74	—	1	1
75	—	3	3
76	—	1	1
77	—	1	1
78	—	2	2
79	2	3	5
80	1	1	2
81	4	2	6
82	2	—	2
83	5	1	6
84	1	—	1
85	3	—	3
86	1	1	2
87	1	—	1
88	1	1	2
89	—	—	—
90	—	—	—
91	1	—	1
92	—	—	—
93	—	—	—
94	1	—	1
95	—	—	—
96	—	—	—
97	—	—	—
98	—	—	—
99	1	—	1
100	1	—	1

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
64	—	—	—
65	—	—	—
66	—	—	—
67	—	—	—
68	—	—	—
69	1	—	1
70	—	1	1
71	—	—	—
72	—	—	—
73	—	—	—
74	—	1	1
75	—	1	1
76	—	—	—
77	—	—	—
78	—	1	1
79	1	1	2
80	—	—	—
81	2	1	3
82	1	—	1
83	2	1	3
84	—	—	—
85	1	—	1
86	1	—	1
87	1	—	1
88	1	1	2
89	—	—	—
90	—	—	—
91	—	—	—
92	—	—	—
93	—	—	—
94	—	—	—
95	—	—	—
96	—	—	—
97	—	—	—
98	—	—	—
89	—	—	—
100	—	—	—

Digitized by Google

Der Thoraxumfang aller 68 Kranken stellt sich zu dem der 19 Lungenbluter wie folgt:

Thoraxumfang:	Berichtsjahr: Gesamtzahl:	pCt.	Lungenbluter:	pCt.
von 64— 70 cm.	2	= 2,9	—	= —
» 71— 80 »	22	= 32,3	13	= 19,1
» 81— 90 »	36	= 53	23	= 33,8
» 91—100 »	8	= 11,8	4	= 5,9

Vorjahr:

Gesamtzahl	pCt.	Lungenbluter	pCt.
2	= 4,2	2	= 4,2
19	= 39,9	5	= 10,4
23	= 47,9	12	= 25
4	= 8,0	—	= —

Die Exkursion der Thorax bei tiefem Inspirium und forciertem Expirium:

betrug cm.	Berichtsjahr: bei Männern	bei Frauen	Zus.	Vorjahr: bei Männern	bei Frauen	Zus.
1,5	—	1	1	—	—	—
2	1	2	3	—	1	1
2,5	3	2	5	1	1	2
3	5	5	10	3	5	8
3,5	3	6	9	1	3	4
4	10	4	14	9	6	15
4,5	3	3	6	1	2	3
5	10	1	11	3	2	5
5,5	1	—	1	3	1	4
6	2	—	2	1	—	1
6,5	1	—	1	1	—	1
7	3	1	4	2	—	2
7,5	—	—	—	—	—	—
8	1	—	1	1	—	1
8,5	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—
10,5	—	—	—	—	—	—
11	—	—	—	—	1	1

Die Diazoreaktion fiel bei 4 Fällen = 5,9 pCt. (Vorjahr 6=12,5 pCt.) positiv aus.

Die beim Eintritt in die Anstalt bestehenden tuberkulösen Affektionen anderer Organe bestanden in:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pC.
Meningitis	— mal	= —	1 mal	= 2,1
Spondylitis	1 »	= 1,5	— »	= —
Laryngitis	4 »	= 5,9	5 »	= 10,4
Lymphadenitis . . .	37 »	= 54,4	28 »	= 58,3
Pleuritis, Pneumonie.	2 »	= 2,9	2 »	= 4,2
Enteritis.	3 »	= 4,4	3 »	= 6,3
Fistula ani	2 »	= 2,9	— »	= —
Gonitis	— »	= —	1 »	= 2,1

Weitere Komplikationen nicht tuberkulöser Art waren:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Chlorose und Anämie	37 mal	= 54,4	33 mal	= 68,7
Nervosität. . . .	8 »	= 11,8	10 »	= 20,8
Labile Vasomotoren	4 »	= 5,9	6 »	= 12,5
Menstruale Temperatursteigerungen. .	1 »	= 1,5	1 »	= 2,1
Aneurysma aortae .	1 »	= 1,5	— »	= —
Neurasthenie . . .	7 »	= 10,3	11 »	= 22,8
Neuritis	6 »	= 8,8	2 »	= 4,2
Morbus Basedowi .	— mal	= —	1 mal	= 2,1
Struma	2 »	= 2,9	3 »	= 6,3
Obstipation . . .	9 »	= 13,2	8 »	= 16,6
Magen- und Darmkatarrh	10 »	= 14,8	13 »	= 27,1
Dilatatio ventriculi.	1 »	= 1,5	— »	= —
Ikterus.	3 »	= 4,4	— »	= —
Nervöse Dyspepsie .	1 »	= 1,5	3 »	= 6,3
Haemorrhoiden . .	3 »	= 4,4	2 »	= 4,2
Vitia cordis . . .	4 »	= 5,9	6 »	= 12,5
Tachykardie . . .	7 »	= 10,3	8 »	= 16,6
Arteriosklerose . .	— »	= —	1 »	= 2,1
Ptosis der Abdominalorgane . . .	— »	= —	1 »	= 2,1
Hernia inguinal. dextr.	2 »	= 2,9	— »	= —
Ren mobilis . . .	6 »	= 8,8	3 »	= 6,3
Albuminurie . . .	1 »	= 1,5	2 »	= 4,2
Leber- und Milzschwellungen . .	5 »	= 7,3	11 »	= 22,9
Gynäkologische Leiden	2 »	= 2,9	3 »	= 6,3
Akne und Ekzema. .	1 »	= 1,5	1 »	= 2,1
Pityriasis versicolor	1 »	= 1,5	— »	= —
Malaria.	— »	= —	1 »	= 2,1
Lues und Gonorrhoe	1 »	= 1,5	2 »	= 4,2
Influenza	— »	= —	2 »	= 4,2
Angina	— »	= —	1 »	= 2,1
Rhinitis	5 »	= 7,3	2 »	= 4,2
Pharyngitis . . .	4 »	= 5,9	3 »	= 6,3
Laryngitis . . .	15 »	= 22	5 »	= 10,4
Häufige Epistaxis .	— »	= —	1 »	= 2,1
Atheroma capitis .	— »	= —	1 »	= 2,1
Anomalie der arter. rad. dextra. . .	1 »	= 1,5	1 »	= 2,1

Die gesamte Gewichtszunahme betrug bei 66 zur Berechnung herangezogenen Patienten in 10949 Kurtagen 725³/₄ russ. Pfund, also im Durchschnitt in 165,8 (Vorjahr 121,3) Kurtagen 11 Pfund = 4,51 Kilo (Vorjahr 11,84 Pfund = 4,85 Kilo) für den einzelnen.

Die höchste Zunahme betrug 32 Pfund = 13,12 Kilo in 92 Tagen (Vorjahr 36 Pfund in 456 Tagen) die bedeutendste Abnahme 14 Pfund = 5,74 Kilo in 96,9 Tagen (Vorjahr 7 Pfund in 105 Tagen).

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Es hatten zugenommen.	58	= 81,7	37	= 77,2
» » »	5	= 7	4	= 8,3
Gleichgeblieben waren. .	3	= 4,3	—	= —
Das Gewicht konnte nicht bestimmt werden. . .	5	= 14,5	7	= 14,5

Ueber die Gewichtsverhältnisse orientiert folgende Tabelle:

Gewichtsverhältnisse nach russ. % bis zu	Berichtsjahr: Zunahme	Berichtsjahr: Abnahme	Vorjahr: Zunahme	Vorjahr: Abnahme
1	—	—	1	—
2	3	2	6	1
3	3	—	1	1
4	5	—	3	1
5	—	1	1	—
6	2	1	3	—
7	2	—	—	1
8	3	—	—	—
9	1	—	1	—
10	2	—	1	—
11	4	—	3	—*)

*) Fortsetzung der Tabelle und Schluss des Artikels folgt auf Seite 514.

Digitized by Google

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lunge.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
				I. Stadium.													
7 (7)	mänl.	23 J.	II	Ulcus suspectum.	p.	5 J.	nein	nein	—	—	—	—	—	—	1899	—	Arzt.
9 (9)	m.	22	R.	—	p.	5	nein	nein	—	—	—	—	—	—	1899	—	Arzt.
10 (10)	m.	22	L.	—	p.	5	nein	nein	nein	8 ℔	—	ja	—	—	1899	—	Pat. selbst.
27 (27)	m.	39	R.	Pleuritis sicca. Gonitis tubc. Diarrhöen.	n.	4¾	nein	nein	—	ja	—	—	—	—	1899	—	Pat. selbst.
30 (30)	m.	16½	R.	Bronchitis. Labile Vasomotoren.	p.	4¾	nein	nein	—	—	—	ja	—	—	1899	—	Arzt.
31 (31)	m.	25	R.	Anaemie.	p.	4¾	—	—	—	—	—	ja	—	—	1899	—	Arzt.
56 (56)	weibl.	22	L.	Laryngitis simpl.	p.	4¾	nein	nein	nein	30 ℔	—	—	ja	—	1900	—	Pat. selbst.
62 (61)	w.	32	R.	Laryngitis.	?	3¼	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1900	—	Arzt.
64 (62)	w.	19	L.	Skoliosis thoraxis dext.	p.	4¾	nein	nein	nein	—	ja	ja	—	—	1900	—	Arzt.
65 (63)	w.	18	II	—	p.	5	nein	nein	—	—	—	—	—	—	1900	—	Angehörige.
66 (64)	m.	25	R.	Lymphadenitis cervicalis. Anaemie.	p.	4	ja	nein	nein	—	5 ℔	ja	—	—	1900	—	Pat. *selbst.*
68 (65)	m.	29	R.	Anaemie.	p.	3½	nein	nein	—	—	—	ja	—	—	1900	—	Pat. selbst.
75 (71)	w.	22	R.	Lymphadenitis. Anaemie.	p.	4¾	nein	—	—	—	ja	—	—	—	1900	—	Arzt.
93 (89)	w.	30	II	Anaemie. Tachycardie. Leichte Erregbarkeit.	p.	3⅔	nein	nein	nein	5 ℔	—	—	ja	—	1900	—	Pat. selbst.
104 (98)	w.	24	II	Pect. carinat. Tachycardie. Nervosität.	p.	2¼	nein	nein	nein	10 ℔	—	—	ja	—	1900	—	Pat. selbst.
106 (100)	w.	38	R.	Hystero-Neurasthenie.	p.	3¼	nein	nein	nein	4 ℔	—	—	ja	—	1900	—	Gatte.
113 (105)	m.	18	R.	—	p.	3	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1901	—	Pat. selbst.
114 (106)	m.	28	II	—	p.	3	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1901	—	Pat. selbst.
119 (111)	m.	16	R.	—	p.	3½	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1901	—	Arzt.
125 (116)	m.	58	R.	Ulcus laryngis.	=	3	nein	nein	nein	—	ja	ja	—	—	1901	—	Pat. Arzt.
126 (118)	m.	19	R.	—	p.	3	nein	nein	ja	—	11½	ja	—	—	1901	—	Arzt.
129 (121)	m.	24	R.	—	p.	3	nein	nein	nein	18 ℔	ja	ja	—	—	1901	—	Arzt.
137 (128)	w.	38	R.	—	p.	2½	nein	nein	—	—	—	—	ja	—	1901	—	Arzt.
144 (135)	m.	23	II	—	p.	2½	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1901	—	Arzt.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
146 (137)	weibl.	20 J.	II	—	p.	2 Mon.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	†	Angehörige.
148 (139)	mänl.	26	R.	Neurastenie.	p.	2 J.	nein	nein	?	—	—	ja	—	—	1901	—	Pat. selbst.
153 (154)	m.	53	R.	—	p.	$2\frac{1}{4}$	ja	nein	nein	—	ja	ja	—	—	1901	—	Arzt.
155 (146)	m.	22	II	—	p.	$1\frac{1}{2}$	—	—	—	—	—	—	—	—	1901	†	Angehörige.
161 (152)	m.	18	L.	Pleuritis. Gonorrhöe.	p.	$1\frac{3}{4}$	nein	nein	—	—	—	ja	—	—	1901	—	Arzt.
163 (153)	m.	33	R.	Laryngitis tuberc.	p.	2	nein	nein	nein	ja	–	ja	—	—	1901	—	Pat. selbst.
164 (154)	w.	21	L.	Anaemie. Tachycardie.	=	$1\frac{1}{2}$	ja	nein	nein	$2\frac{1}{2}$ Kg.	—	—	—	ja	1901	†	Arzt.
165 (155)	m.	26	R.	Lymphadenitis tuberc. Lebertumor.	p.	2	nein	nein	ja	4 Kg.	—	—	—	ja	1901	—	Arzt.
167 (156)	w.	23	II	Laryngitis tub. Anaemie. Hysterie. Ren mobil.	p.	$1\frac{1}{2}$	nein	nein	--	ja	—	—	—	—	1902	—	Arzt.
170 (159)	m.	30	II	Lymphadenitis. Rhinitis chronica.	p.	1	nein	nein	nein	—	15 ℔	ja	—	—	1902	–	Pat. Arzt.
175 (164)	w.	26	L.	Anaemie. Morbus Basedowi.	p.	$1\frac{1}{2}$	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1902	—	Arzt.
176 (165)	m.	38	R.	Laryngitis simpl. Lues. Labile Vasomotoren.	p.	$1\frac{3}{4}$	ja	nein	—	ja	—	ja	—	—	1902	—	Pat. selbst.
177 (166)	m.	50	II	Arteriosklerose. Nervosität. Dyspepsie.	p.	$1\frac{3}{4}$	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1902	—	Pat. selbst.
197 (160)	w.	20	II	Sensible Vasomotoren. Cephalalgien.	p.	$1\frac{1}{2}$	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1902	—	Pat. selbst.
207 (170)	m.	26	II	Lymphadenitis. Anaemie. Nervosität.	p.	$1\frac{1}{4}$	nein	nein	nein	23 ℔	—	ja	—	—	1902	—	Pat. selbst.

II. Stadium.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
15 (15)	m.	36	R.	—	p.	5	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1899	—	Arzt.
50 (50)	w.	27	II	Graviditas II mens.	p.	$4\frac{1}{2}$	nein	nein	nein	—	—	—	—	—	1899	—	Pat. selbst.
54 (54)	w.	17	L.	Lymphadenitis. Lupus.	p.	4	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1900	—	Arzt.
76 (72)	w.	24	R	Laryngitis simplex. Morbus Basedowi.	p.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1900	†	Angehörige.
96 (92)	w.	22	II	Anaemie. Nephritis. Hystero-Neurasthenie.	=	$3\frac{1}{3}$	ja	ja	ja	—	—	—	—	—	1900	—	Arzt.
105 (99)	w.	24	II	Anaemie.	p.	$2\frac{3}{4}$	—	—	—	—	—	—	—	—	1900	†	Arzt.
107 (101)	w.	35	II	Laryngitis. Naso-Pharyngitis chron.	p.	$3\frac{1}{4}$	ja	nein	—	—	—	—	ja	—	1900	—	Pat. selbst.
115 (107)	w.	23	R.	Lymphadenitis. Anaemie.	p.	3	ja	—	—	—	9 ℔	—	—	—	1901	—	Arzt.

Digitized by Google

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultat beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lunge.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob in Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
118 (110)	w.	25	R.	Anaemie.	p.	$2^3/_4$	—	—	—	—	—	—	—	—	1901	†	Arzt.
138 (129)	w.	34	R.	Struma. Ren mobil. Ptosis der Abdominalorgane.	p.	1	nein	nein	nein	—	15 ℔	—	ja	—	1901	—	Arzt.
139 (130)	w.	26	R.	Hystero-Neurasthenie. Sensible Vasomotoren. Ren mobil.	p.	$2^1/_2$	nein	nein	nein	—	7 ℔	ja	—	—	1901	—	Pat. selbst.
140 (131)	m.	27	II	Fistula ani. Leber- und Milztumor.	p.	$2^1/_4$	nein	nein	nein	—	7 ℔	—	—	—	1901	—	Arzt.
152 (143)	w.	21	L.	Darmkatarrh. Sensible Vasomotoren.	p.	$1^1/_4$	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1901	—	Arzt.
154 (145)	w.	21	R.	Lymphadenitis. Anaemie. Tachycardie. Sensible Vasomotoren.	p.	2	ja	ja	nein	ja	5 ℔	—	—	ja	1901	—	Arzt.
160 (151)	m.	34	II	Anaemie. Cor adiposum Laryngitis. Lebertumor.	p.	$2^1/_2$	ja	nein	—	—	—	ja	—	—	1901	—	Pat. selbst.
184 (149)	m.	25	II	Lymphadenitis. Hochgradige Neurasthenie. Appetitlosigkeit. Magenleiden.	p.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1902	†	Angehörige.
192 (156)	m.	16	II	Lymphadenitis. Anaemie.	p.	$1^1/_2$	ja	ja	ja	—	ja	—	—	ja	1902	—	Arzt.
				III. Stadium.													
41 (41)	m.	23	II	Obstipation.	p.	$1^3/_4$	—	—	—	—	—	—	—	—	1899	†	Arzt.
91 (87)	m.	14	II	Ekzeme.	p.	$^3/_4$	ja	nein	—	ja	—	ja	—	—	1900	—	Arzt.
99 (94)	m.	18	II	Anaemie.	?	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1900	†	Angehörige.
103 (97)	m.	45	II	Ausgedehnte Ulceratio lar. tub.	n.	3 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1900	†	Angehörige.
130 (83)	m.	33	II	Pharyngo-Laryngitis.	p.	$2^1/_4$	ja	nein	ja	10 ℔	—	—	ja	—	1900	—	Arzt.
157 (148)	w.	28	II	Lymphadenitis. Anaemie. Neurasthenie. Tachycardie. Ren mobil. Obstipation. Laryngitis simpl.	p.	$1^3/_4$	ja	ja	nein	—	5 Kilo	—	—	ja	1901	—	Arzt.
173 (162)	w.	19	II	Lymphadenitis. Anaemia gravis. Herzschwäche. Milztumor.	u.	$1^3/_4$	ja	nein	—	9 ℔	—	—	—	ja	1902	—	Pat. selbst.
180 (146)	m.	37	II	Lymphadenitis. Anaemie. Darmkatarrh. Milztumor. Aorteninsufficienz.	p.	2	ja	nein	nein	—	2 ℔	ja	—	—	1902	—	Arzt.
190 (154)	w.	18	II	Laryngitis u. Lymphadenitis tubc. Anaemie. Tachycardie.	p.	$1^1/_2$	nein	nein	—	—	18 ℔	—	ja	—	1902	—	Arzt.

Digitized by Google

Gewichtsverhältnisse nach russ. ℔ bis zu	Berichtsjahr: Zunahme	Berichtsjahr: Abnahme	Vorjahr: Zunahme	Vorjahr: Abnahme
12	1	—	—	—
13	2	—	1	—
14	2	1	1	—
15	3	—	—	—
16	2	—	—	—
17	2	—	—	—
18	2	—	2	—
19	4	—	2	—
20	2	—	11	—
21	3	—	—	—
22	—	—	—	—
23	1	—	1	—
24	1	—	—	—
25	—	—	1	—
26	2	—	1	—
27	—	—	2	—
28	—	—	1	—
29	1	—	—	—
30	—	—	1	—
31	1	—	—	—
32	1	—	—	—
33	—	—	—	—
34	—	—	—	—
35	—	—	—	—
36	—	—	1	—

Die 52 Fälle, in denen die Kur in der Anstalt ein positives Resultat ergab, hatten bei einer durchschnittlichen Kurdauer von 8860 Tagen eine Gewichtszunahme um 12,9 Pfund = 5,29 Kilo (Vorjahr in 108 Tagen 14,67 Pfund = 6,02 Kilo dem Einzelnen zu verzeichnen. Bei Beurteilung des Erfolges der Anstaltskur wurde, wie in den früheren Berichten als ein positiver Erfolg bezeichnet, wo eine deutliche Besserung des Lungenbefundes, oder ,doch, ohne dass sich diese immer mit Sicherheit nachweisen liess, eine wesentliche Hebung des Allgemeinzustandes zu konstatieren war. Bei einzelnen Fällen wurde das Kurergebnis, obgleich das Gesagte zutraf, nicht als positiv notiert, wo hinzugetretene Komplikationen oder Erkrankungen einen Erfolg als fraglich erscheinen liessen. Fälle, bei denen sich das Allgemeinbefinden oft trotz bedeutender Gewichtszunahme nur wenig gehoben hatte, wurden unter negativ gerechnet.

Fassen wir kurz die Ergebnisse zusammen, so erweist es sich, dass das Resultat:

	Berichtsjahr:		pCt.	Vorjahr:		pCt.
positiv . . .	52	mal	= 73,2	34	mal	= 70,8
gleichgeblieben	4	»	= 5,6	2	»	= 4,2
fraglich. . .	8	»	= 11,3	5	»	= 10,4
negativ. . .	7	»	= 9,9	7	»	= 14,6

Erfreulicher Weise kann auch von Dauerresultaten berichtet werden, welche aus der Tabelle S. 512 unter Bezugnahme auf die entsprechenden Berichte der Vorjahre zu ersehen sind. Die Tabelle enthält Angaben über in den Vorjahren entlassene Kranke, nur soweit sich zuverlässige Nachrichten beschaffen liessen. Mit Dank sei an dieser Stelle hervorgehoben, dass sowohl die früheren Patienten, als auch deren behandelnde Aerzte auf meine diesbezüglichen Umfragen, mit wenigen Ausnahmen die Liebenswürdigkeit gehabt haben, bereitwilligst die genaueren, für die Beurteilung des Heilerfolges so wichtigen Auskünfte zu erteilen.

Edinger's Theorie den Entstehung von Nervenkrankheiten durch Funktion.

(Vortrag, gehalten im deutschen ärztlichen Verein zu St. Petersburg am 31. Oktober 1905.)

Von

Dr. E. Masing.

Die neueste Auflage des Oppenheim'schen Lehrbuchs der Nervenkrankheiten enthält 1204 Seiten. Man glaubt, dieser mächtige Umfang sei bedingt durch breite Detailmalerei der einzelnen Krankheiten. Durchaus nicht. Alles ist in knapper Form gegeben, selbst die Tabes nimmt nur 30 Seiten ein. Aber es sind nicht weniger als 164 separierte Krankheiten beschrieben. Lehrreich ist auch hier der Vergleich.

Das Herz mit seinen Hüllen und dem ganzen Gefässsystem ist doch wohl annähernd ein ebenso grosses Gebiet als das Nervensystem. Nun nehme man eine Monographie der Krankheiten des Gefässsystems — ich wähle den VI. Band des Ziemssen'schen Sammelwerkes: auf 616 Seiten sind die 77 separierten Krankheitsbilder recht ausführlich geschildert. Woher dieser Unterschied — 77 und 164?

Wenn man im Oppenheim'schen Lehrbuch die einzelnen Krankheitsbeschreibungen liest, so erscheinen zunächst dieselben wohl charakterisiert. Diese Krankheit unterscheidet sich von der andern etwa durch den Mangel an Sensibilitätsstörungen, an Atrophien, an Sprachstörungen und dergleichen. Aber zum Schluss der Schilderung erweist es sich, dass diese Unterschiede nicht immer bestehen. Der und der hat doch dabei auch Sensibilitäts- oder Sprachstörungen oder Atrophien gesehen. Nun werden diese Uebergänge als neue Einzelkrankheiten umrissen und oft nach dem ersten Darsteller genannt — Friedreich'sche, Little'sche, Korsakow'sche etc. Krankheit —, wobei der Name dem Gedächtnis gar nicht hilft.

Wer Nervenkrankheiten nicht am Krankenbette, belehrt von erfahrenen Spezialisten, sondern durchs Studium der besten Lehrbücher erlernen will, wird in argen Wirrwarr geraten, denn ganz ähnliche Bilder haben ganz verschiedene Namen und andrerseits, was heisst nicht alles Tabes!

Da ist es denn wie eine Erlösung, wenn Edinger von den Autoren Getrenntes wieder vereinigt und zwar nicht hie und da ein Blümchen, nein mit grossen Griffen ganze Strausse als zusammengehörig bindet. Dabei ist das Band das allermodernste — die Aetiologie. Freilich sind es nicht Bazillen, die die Gemeinsamkeit beweisen (wie Tuberkulose, Skrophulose, Lupus etc.), sondern es ist die eine gleiche Arbeit, die Funktion, welche unter Umständen krank macht, und die Krankheiten sind nur deshalb verschieden, weil einmal die Hand, ein anderes Mal der Fuss oder das Auge die krankmachende Arbeit leisten musste.

Ueber den Stoffwechsel der Nervenzelle wissen wir sehr wenig. An andern Wirbeltieren vermehren sich ganz bestimmt während des Wachstums der Tiere die Nervenzellen des Rückenmarks (Birge). Ob bei den Säugetieren und besonders beim Menschen nach der Geburt noch eine Vermehrung der Nervenzellen im Zentralnervensystem stattfindet, ist sehr zweifelhaft. Die meisten Autoren verneinen es. Untergehen kann die Nervenzelle wohl infolge verschiedener Schädlichkeiten, aber ersetzt wird sie nicht; an ihre Stelle rückt Gliawucherung ein. Die Nervenfaser kann vollständig regeneriert werden, auch wenn sie ganz von ihrer Zelle abgetrennt war, diese selbst aber nicht.[1]) Aber eine unveränderliche Masse ist das Protoplasma der Nervenzelle nicht. Bekanntlich hat Nissl in allen Nervenzellen Substanzen gefunden — tigroide Substanz — die sich intensive färben lassen und dann dunkle Körner, Streifen, Plättchen etc. darstellen. Diese sind dem Wechsel unterworfen, können fast völlig schwinden, aber, bleibt der Kern ungeschädigt, so ist restitutio ad integrum wieder möglich. Nun ist es von eminentem Interesse, dass diese tigroiden Substanzen nicht durch allerlei Gifte, Krankheiten etc., wie man früher annahm, abnehmen, sondern ganz besonders durch Arbeit. Die Funktion der Zelle bringt sie zum Aufbrauch. Man wusste schon längst, dass unter dem Einfluss von Krämpfen die tigroide Substanz aus den grossen Ganglienzellen der Vorderhörner des Rückenmarks völlig schwindet. Aber Krämpfe sind ja keine normale Funktion,

[1]) K. E. v. Baer nahm noch an, dass die Nervenzelle, wie eine Epithelzelle, in annähernd regelmässigen Zeiträumen untergeht und ersetzt wird. Daher sagt er: Zu den grössten Rätseln gehört das Gedächtnis. Wie teilt die sterbende Gehirnzelle der einrückenden mit, dass diese das oder das Erinnerungsbild des vor 50 Jahren Geschehenen zu bewahren hat? Die Resultate der neueren Forschungen haben viel zur Lösung dieses Rätsels beigetragen.

somit konnte die Krankheit oder das Strychnin, das die Krämpfe veranlasste, die Hauptursache des Schwundes sein. Da hat Holmes 1903 (ich zitiere nach Edinger und Wallenberg, Schmidt's Jahrbücher Bd. 287 pag. 24) in einer unzweifelhaften Weise die Frage entschieden. Er brachte mit doppelttödlicher Strychnindosis vergiftete Frösche in Eiswasser, wodurch die Krämpfe vollständig unterblieben. Trotz der enormen Giftmenge zeigten die Vorderhornzellen dieser Frösche quoad Nisslkörner nahezu normales Verhalten. Also nicht die Vergiftung, nur die Ueberanstrengung durch die Krämpfe ist das wesentliche Moment für die chromatolytische Zellenveränderung.

Nun hat man einen pathol.-anatomischen Anhaltspunkt, wieweit die Funktion als solche das Zentralnervensystem schädigen kann und die schon vor mehr als 10 Jahren von Edinger aufgestellte Behauptung, dass Nervenkrankheiten entstehen können durch übermässige Funktion, kann aus dem Gebiete der Hypothesen in das der Tatsachen gerückt werden.

In der Deutschen mediz. Wochenschrift 1904 und 1905 hat nun Edinger in 5 Artikeln diese seine Beobachtungen und Erfahrungen mitgeteilt. Es kann die Lektüre dieser Artikel jedem, der sich für Nervenkrankheiten interessiert, nicht genug empfohlen werden, und es ist wohl nicht möglich, dass auch weiterhin die Autoren auf diese Aufbrauchwirkungen durch Arbeit so wenig achten werden, wie bisher. Bringen die Edinger'schen Erfahrungen doch nicht nur mehr Licht in die Pathologie der Nervenkrankheiten, sondern auch in die zielbewusste Therapie, oder richtiger Prophylaxe, wie wir gleich sehen werden.

Aus der grossen Zahl der Nervenkrankheiten haben die Herderkrankungen des Gehirns und Rückenmarks mit der Aufbrauchtheorie nichts zu tun. Die Tumoren, Abszesse, Blutungen, Embolien, Zysten etc. haben Ursachen, die mit der Arbeit keinen direkten Zusammenhang haben.

Ebenso scheidet Edinger die Gruppe der toxischen Affektionen als nicht von der Funktion veranlasst ab. Offenbar meint er damit die von Bakterien abhängigen Entzündungen, die Autoinfektionen z. B. vom Darm aus, die durch Strychnin, Curare, Mutterkorn, Lyssa, Diabetes etc. bedingten Nervenkrankheiten, wohl auch einige Neurosen. Dagegen rechnet er zu den Aufbrauchkrankheiten, wo durchaus die Arbeit für ihr Zustandekommen beschuldigt werden muss, die grosse Gruppe der chronischen Krankheiten, die mit Atrophien und Degenerationen einhergehen, entweder ganzer Systeme, ganzer Stränge oder auch nur Teile derselben. Hauptrepräsentant derselben ist die Tabes, aber auch die progressive Paralyse, die Sklerosen, die neurotische Form der progressiven Muskelatrophie viele Neuritiden und Perineuritiden, ein Teil der sogenannten angeborenen Nervenkrankheiten, die familiäre Sehnerven- und Hörnervenatrophie und viele andere. Bei einer grossen Anzahl dieser Krankheiten war bisher die sogenannte Gifttheorie allein massgebend. Bei Tabes und progressiver Paralyse war vorhergegangene Syphilis, bei vielen Neuritiden der Alkohol, bei gewissen Lähmungen das Blei die entscheidende Ursache. Durch hundert- und tausendfache Erfahrung waren diese Tatsachen festgestellt. Daran rüttelt auch Edinger nicht. Er sagt nur, es gehört noch etwas dazu, das Gift macht es nicht allein, dass sich Tabes, Paralyse etc. entwickelt. Es ist die schädigende Arbeit, die die respektiven Nervenelemente zum Aufbrauch bringt und das Gift ist es, welches die Nervenzellen so verändert hat, dass ein Ersatz nicht oder ungenügend stattfindet. So gehen denn je nachdem graue Rinde oder Opticusfasern oder Hinterstränge oder Vorderhornzellen zugrunde.

Die Beispiele, die Edinger in seinen Artikeln zur Stütze dieser Anschauung bringt, sind von überwältigender Klarheit. Nur einige seien wiedergegeben. Seit wohl hundert Jahren ist es bekannt, dass die Bleilähmung mit Vorliebe die Muskeln am Unterarme befällt, die der Nervus radialis versorgt: aber auch schon lange war dabei beobachtet worden, dass auffallender Weise der M. supinator longus meist intakt bleibt, obgleich er ebenso vom Radialis versorgt wird wie die Finger- und Handstrecker. Bekanntlich erkranken oft an Bleilähmung Anstreicher, die mit der Bereitung und Verwendung bleihaltiger Oelfarben zu tun haben. Nun zitiere ich Edinger wörtlich:

«Ich habe stundenlang Anstreichern zugesehen und glaube dreist behaupten zu dürfen, dass diese oft bleikranken Menschen keine einzige Körperbewegung so oft und so angestrengt ausführen, wie das Strecken und Beugen der Hand mit festgehaltenem Pinsel. Gerade die Muskeln, die merkwürdigerweise bei der Bleilähmung verschont bleiben, der Supinator und lange Daumenabduktor, bleiben dabei in Ruhe. Versucht man sie ebenfalls mitzuverwenden, so gerät man gegen den Strich — die Oelfarbe fliesst! Deshalb arbeiten sie in der Tat nie mit. Die Anstrengung ist, weil der Pinsel schwer und die Farbe zähe ist, gar keine kleine. Ein junger tüchtiger Anstreicher macht in der Minute 50—60 Striche, ein älterer sehr gewandter streicht bis zu 100 mal. Selbst alle Pausen mitgerechnet, kommt es in der Stunde zu mindestens 2500 Dorsalflexionen der Hand. Was das bei c. 9 Arbeitsstunden bedeutet, ist klar. Niemand ausser einem Anstreicher mutet derlei einer kleinen Muskelgruppe zu».

So führt Edinger für alle seine «Aufbrauchkrankheiten» Beispiele an, von denen man sich sagen muss: ich habe ganz dasselbe mehrfach selbst gesehen. Alkoholiker bekommen Neuritis in den Beinen nach Bergtouren, in den Armen nach anhaltendem Tragen von Lasten. Durch Ruhe werden sie gebessert, geheilt, um bei Wiederholung der Anstrengung wieder zu erkranken. Und die Tabes! Syphilis ist vorhergegangen und hat das Nervensystem in allen seinen Teilen geschädigt, seine Regenerationsfähigkeit herabgesetzt. Nun kommt es darauf an, welchen Teilen Anstrengungen zugemutet werden und diese erkranken dann. Ein Infanteriesoldat wird nach Manövern an Ataxie der Beine, ein Schuhmacher an Ataxie der Hände und ein Gelehrter an Augensymptomen erkranken. Wie schön erklärt sich so die schier unermessliche Mannigfaltigkeit im Bilde der Tabes [1])! Ich möchte hier gleich ein Beispiel anführen, das mir noch eben zur Beobachtung zugänglich ist. Im evangel. Männersiechenhause sind 2 Tabiker. Syphilis ist gewesen. Der eine war Koch im Winterpalais, wo er seine Wohnung hoch oben unter dem Dache hatte. Den ganzen Tag musste er auf seinen Füssen stehn und mehrere Male täglich die c. 150 Stufen hinauf- und hinunterlaufen. Mit lanzinierenden Schmerzen in beiden Beinen begann seine Tabes und dazu trat Ataxie der Beine; beides wurde im Laufe der Jahre sehr quälend, sehr hochgradig — aber neue tabische Symptome sind im Laufe der Jahre nicht hinzugetreten. Seine Augen sind gut, seine Hände intakt, keine Krisen etc. Der andere war Buchhalter in einem Hôtel und musste Tag über Rechnungen in die Bücher eintragen, was regelmässig bei dem grossen Verkehr bis tief in die Nacht dauerte. Er wurde blind, sehr rasch verlief die Atrophie beider Sehnerven bis zu solchem Grade, dass die hellste Flamme keine Lichtempfindung hervorruft. Natürlich war er arbeitsunfähig und verbringt seinen Tag im Siechenhause auf seinem Bette oder Lehnstuhle. Interessant ist auch hier der Mangel an Fortschritten der Krankheit. Wohl fehlen die Patellarreflexe und seine Blase ist inkontinent (er erinnert sich nicht, gezwungen gewesen zu sein, den Urin über Gebühr halten zu müssen) aber keine Spur von Ataxie der Beine z. B.; er geht mit der den Blinden eignen Orientierungsfähigkeit ohne Hülfe in der Anstalt in die verschiedenen Räume mit gewisser Sicherheit. Also keine Spur des Romberg'schen Symptoms, das doch für so pathognomonisch für Tabes gilt. Könnte man sich ohne die Edinger'sche Aufbraucherklärung ein Bild machen vom Zustandekommen dieser beiden Tabes*fälle?* Wie wäre die Gifttheorie allein ohnmächtig dazu, so verschiedene Bilder in einen Rahmen zu bringen? Aber im Verein mit der Ueberanstrengung macht sie die Erklärung vollständig. Edinger selbst legt besondern Wert darauf, dass durch seine Theorie alle die vom Paradigma abweichenden Fälle, les formes frustes, oft so gute Erklärung finden, gerade diese verwischten Uebergangsformen, über die ich in der Einleitung klagte. Auch andere Erscheinungen verlieren so das Auffallende: Im Orient ist Tabes mit Ataxie kaum bekannt — weil die Orientalen ein träges, sedentäres Leben zu führen gewohnt sind.

Ganz ebenso ist es mit der Neuritis. Auch hier bestätigt die eigne Erfahrung die Erklärung Edinger's. Warum ist z. B. die Neuritis des Plexus brachialis (eine häufige Krankheit) so sehr viel häufiger rechts als links? Doch wohl weil der rechte Arm mehr arbeitet und gelegentlich zu viel arbeiten muss. An den Beinen sehen wir diesen Unterschied von links und rechts nicht. Ja doch sieht man ihn, und dann ist es gerade eine Bestätigung der Edinger'schen Lehre, wie ich im letzten Sommer ein sehr instruktives Beispiel erlebt habe.

J. S., ein 13-jähriges Mädchen, erkrankte am 13. Aug. c. an rasch progredienter Neuritis aller Nerven an beiden Beinen, aber rechts viel ausgesprochener. In der Familie ihrer Mutter sind mehrere Fälle von Psychosen, Lähmungen, Epilepsie vorgekommen, dito in der Familie des Vaters. Sie selbst war immer zart, blass, nervös, weinerlich und litt viel an Migraene. Dabei geistig sehr begabt, wie alle Familienglieder, und ehrgeizig. Eine Woche vor ihrer Erkrankung überstand sie (vom 5.—10. August) eine Angina mit Belägen auf den Mandeln. Wohl eine Streptokokkenangina, keine Diphtherie, im entlegenen Dorfe war eine bakteriologische Untersuchung unmöglich.

Nach Aufhören des Fiebers und der Angina hatte sie am 12. August Besuch von mehreren Altersgenossen. Diesen zeigte sie ein Kletterkunststück auf einer Kiefer. Es galt mit dem linken Fusse auf einem Aste stehend mit dem rechten einen andern zu erreichen, was nur möglich war, wenn dieser rechte Fuss einen mühsame Spiraltour fast um den ganzen

[1]) «Jeder macht sich seine eigene Tabes» (Edinger).

Digitized by Google

Stamm machte. Da dieses Kunststück das Staunen der ganzen Gesellschaft erweckte und von keinem nachgemacht werden konnte, so wiederholte es J. S. viele Male, wobei auch der Absprung auf die Erde eine Anstrengung und Kunstleistung war. Am anderen Tage Unbequemlichkeiten im rechten Beine. Sie war aber doch noch mal eine Strecke gelaufen. Am 15. starke Kreuzschmerzen mit Fieber bis 38.6 — es wurde Influenza angenommen und grosse Salipyrindosen angewandt. Am 18.: Schmerzen und Schwäche in beiden Beinen. Neuritis an allen Nerven derselben. am stärksten am rechten Ischiadicus. In den nächsten Tagen bei völliger Ruhe und entsprechender Behandlung wurde das linke Bein bald gesund, das rechte aber motorisch gelähmt (alle Sensibilitätsqualitäten erhalten) mit Schwinden der Reflexe. Es trat leichte Atrophie der Muskeln ein. Erst jetzt nach 2 Monaten gut fortschreitende Besserung, aber auftreten kann sie auf's rechte Bein noch nicht.

Ich habe diese Krankengeschichte so ausführlich mitgeteilt, weil sie wohl sehr lehrreich ist und nur durch die Edinger'sche Lehre ganz klar wird. J. S. hatte gewiss eine angeborene Schwäche des Nervensystems, darauf Streptokokken-Angina. Noch waren die Toxine derselben nicht aus dem Körper ausgeschieden, als eine Ueberanstrengung der motorischen Beinnerven erfolgte, die Neuritis veranlasste und zwar viel stärker, viel andauernder am rechten Bein, das viel mehr angestrengt worden war. Auch erkrankten in den gemischten Nerven die sensiblen Fasern nicht, da nur die motorischen überangestrengt worden waren.

Recht ausführlich geht dann Edinger auf die angeborenen und hereditären Nervenkrankheiten ein. Es kommen im Fötalleben Encephalitiden vor, die Verwachsungen, Verschiebungen etc. hinterlassen. Dann aber kommen abnorm kleine Anlagen im Zentralnervensystem vor, sei es des ganzen Systems, sei es einzelner Teile. Ich zitiere wörtlich: «Solche abnorm kleine Anlagen sind schon oft und für fast alle Teile des Zentralapparates beschrieben worden. Sie entstehen höchst wahrscheinlich am häufigsten auf dem Boden der Lues und des Alkoholmissbrauches. Es ist längst bekannt, dass Missbildungen der mannigfachsten Art Lues zugrunde liegen kann. ja seit wir wissen, dass die Endarteriitis specifica schon bei Föten vorkommt, ist die Art, wie dabei Missbildungen zustande kommen können, sichtbar. — Für den Alkoholismus aber besitzen wir nicht nur klinische Beweise — mehrere Fälle abnormer Entwickelung stammen von Potatoreneltern — sondern es haben die Experimente von Féré an Hühnereiern, die mit Alkoholdämpfen oder mit Alkoholinjektionen behandelt wurden, ganz direkt gezeigt, dass gerade die Anlagen des Zentralapparates dadurch schwer geschädigt und zu allerhand Missbildungen verändert werden».

Mit solchem schwach angelegtem Nervensystem treten die Kinder ins Leben, unter andere gesunde Kinder, denen sie alles nachmachen wollen, in die Schule, in die Handwerkslehre etc. und dabei offenbaren sich die Defekte. Aber es bleibt nicht dabei, dass solche in ihren Leistungen schwächer sind, nein, es entwickeln sich bei ihnen Nervenkrankheiten, die progredient sind und zu Lähmungen, spastischen Zuständen Sklerosen, Atrophien etc. führen. Hier scheint Edinger von den Autoren am meisten Zustimmung gefunden zu haben, dass das darauf beruht, dass der Ersatz in der Nervenzelle und Faser, wenn Arbeitsverbrauch stattgefunden hat, schlechter, unvollständiger vor sich geht als bei gesund angelegtem Nervensysteme. Es kann aber diese progrediente Krankheit erst im erwachsenen Lebensalter beginnen und doch auf angeborener Schwäche beruhen; es traten dann noch andere Schädlichkeiten hinzu, die im Kindesalter nicht vorkamen (Ausschweifungen, Ueberanstrengungen). Dafür, dass auch hier die Arbeit und der ungenügende Ersatz des dabei Verbrauchten die wesentliche Ursache des Fortschreitens der Krankheit ist, sprechen die unzähligen Beobachtungen. dass gerade die Nerven gelähmt werden, atrophieren, die die Arbeit zu leisten hatten. Edinger führt seine eignen wie andre Beobachtungen in grosser Zahl an, welche zeigen, dass die graue Rinde oder von ihr ausgehende Bahnen, Cerebellum oder Medulla oblongata, Rückenmarksstränge oder Spinalganglien zu schwach angelegt sein können und dann durch Arbeit dauernd geschädigt werden können. Die in Familien erblich vorkommenden Erblindungen oder Schwerhörigkeit — auch wenn sie im reiferen Lebensalter beginnen — beruhen auf angeborener Kleinheit der Nervi optici und acustici, denen aber doch die volle Arbeit zugemutet wurde.

Dieser Abschnitt der Edinger'schen Arbeit scheint mir ganz besonders interessant, bedeutsam und aufklärend. Ja, es kommt mir vor, als ob man hier noch weitergehende Schlüsse ziehen müsste als unser Autor es getan.

In der Schlussübersicht teilt Edinger die Aufbrauchkrankheiten des Nervensystems in folgende drei Gruppen:

1) Es werden abnorm hohe Anforderungen an die normalen Bahnen und den normalen Ersatz gestellt. Arbeitsneuritiden, Arbeitsatrophien.

2) Es findet für die normale Funktion kein genügender Ersatz statt. Ursache ist wohl immer ein Gift z. B. Syphilis, Blei etc. Je nach der Giftart ist der Ablauf des Aufbrauches verschieden. Polyneuritiden, Tabes, combinierte Systemerkrankungen, Paralyse.

3) Es werden einzelne Bahnen von vornherein nicht stark genug angelegt, um auf die Dauer die normale Funktion zu ertragen. Die hereditären Nervenkrankheiten, die meisten kombinierten Strangsklerosen, die spastische Paralyse, die amyotrophischen Erkrankungen in Oblongata und Rückenmark, die primäre nicht tabische Opticusatrophie. wahrscheinlich auch die progressive. nervöse Ertaubung.

Jedenfalls am seltensten wird die sub Nr. 1 genannte Ursache vorkommen. Ich glaube, ein wirklich gesund angelegtes und ernährtes Nervensystem wird durch Arbeit nicht dauernd krank gemacht. Natürlich ist es ein häufig vorkommendes: Neuritis, langdauernde, sogar mit Atrophien z. B. nach übertriebenem Velocipedfahren. Aber hatte der Betreffende ein ganz gesund angelegtes Nervensystem? Dass er bisher, sagen wir, bis zum 20. Jahre, nichts Abnormes bemerkt hat, ist noch kein Beweis, das lernen wir gerade bei Edinger. Ich darf wohl für meine Ansicht ein mir sehr naheliegendes Beispiel anführen, mich selbst. Ich war 1903 60 Jahre alt, als ich in Tirol durch ein Missverständnis eine Bergtour durchführen musste, die entschieden über meine Kräfte war. Um doch vor Dunkelwerden ein Obdach zu erreichen, schleppte ich mich die letzten Stunden mit Ohrensausen, Schwindel- und Uebligkeitsgefühl und mit zitternden Knien weiter, der ich sonst immer ein leistungsfähiger Fussgänger war. Ich war wohl besorgt, dass ich mir dieses Mal dauernd geschadet habe. Aber schon am anderen Tage machte ich kleine Promenaden, durch die die Steifigkeit der Beine besser wurde, und nach acht Tagen bestieg ich den Zwiesel bei Reichenhall ohne Anstrengung, ja es kam mir besonders leicht vor, als ob ich durch die schwere Leistung besser trainiert gewesen wäre. Freilich glaube ich wohl ein sehr gesundes Nervensystem zu haben. Von meinen Eltern und beiderseitigen Grosseltern kann ich mit Sicherheit sagen, dass da weder Lues noch Alkoholmissbrauch vorgekommen sind, und so ist denn auch keiner von meinen 7 Geschwistern (52—69 Jahre alt) irgend wie nervös, obgleich mehrere von uns sehr strapaziöse Zeiten überstanden haben — monatelange Anstrengungen und Entbehrungen während der Kriege in Zentralasien und der Türkei, oder auch anhaltende wissenschaftliche Arbeiten, denen auch Reihen von Nächten gewidmet wurden. Und auch sonst bin ich durch meine Erfahrungen als Arzt zu der Ueberzeugung gekommen, dass ein wirklich gesundes Zentralnervensystem durch Arbeit nicht krank wird.

Aber auch inbezug auf die zweite Gruppe der Edinger'schen Aufbrauchkrankheiten, möchte ich mir einen Einwand erlauben. Natürlich sind Syphilis in der Aetiologie der Tabes und der Paralyse, ferner Diphtherie, Blei für ihre spezifischen Lähmungen etc. von der grössten Bedeutung. Ob aber nicht doch Dr. Tiling, Leiter der städtischen Irrenanstalt in Riga, ein sehr erfahrener Nervenarzt, recht hat, wenn er sagt: «Nur diejenigen Syphilitiker bekommen Tabes oder Paralyse, deren Nervensystem dazu disponiert ist». Er opponiert damit nicht der Edinger'schen Lehre von der Arbeit, er meint nur, dass Personen mit kräftig angelegtem und ernährtem Nervensystem nicht Tabes bekommen, auch wenn sie Syphilis acquirierten. Ich kenne auch den Ausspruch eines bedeutenden englischen Arztes: «die Syphilis ist für kräftige Leute nicht so gefährlich und man verschone sie mit grossen Quecksilberkuren, denn sie bekommen keine Folgenkrankheiten». In meiner Erinnerung scheinen mir nur diejenigen Kinder nach Diphtherie Lähmungen bekommen zu haben, die aus «nervösen» Familien stammen. Beiläufig bemerkt: ob nicht die Diphtherie deshalb so oft Lähmungen des weichen Gaumens veranlasst, weil während der Krankheit so viel und so anhaltend gegurgelt wird, eine recht respektable Arbeitsleistung, wenn das 1/4 oder 1/2 stündlich geschieht.

Edingers Formulierung der 3. Gruppe ist ganz gewiss unanfechtbar. Das ist eine sehr grosse und wichtige Gruppe von Nervenkrankheiten, die dadurch entsteht, dass das Nervensystem zu klein oder sonst zu schwach angelegt war, nicht imstande ist den Verbrauch genügend zu ersetzen, und daher durch die Funktion aufgebraucht wird. Ob nicht hierher einige sogenannte Neurosen gehören, z. B. die cerebrale und spinale Neurasthenie? Da solche mangelhafte Anlagen bei Kindern durch Syphilis, Alkoholismus etc. der Eltern bedingt sein können, und diese Krankheiten furchtbar verbreitet sind, so ist die statistisch nachgewiesene stetige Zunahme der Nervenkrankheiten (siehe verschiedene Lebensversicherungsberichte) verständlich. Das Menschengeschlecht wird immer «nervöser», weil das Nervensystem schwächer und die Arbeitsansprüche immer grösser werden. Am liebsten möchte ich das Resultat der Edinger'schen Forschungen so formuliert wissen: Ob Arbeit, auch ein Uebermass an Arbeit, ein ganz gesundes Nervensystem dauernd schädigen kann, ist noch zweifelhaft.

Digitized by Google

Sicher ist aber, dass auch eine gewöhnliche Arbeitsleistung schwere, unheilbare Nervenkrankheiten veranlassen kann, wenn das betreffende Nervensystem abnorm klein und schwach angelegt war; die Gefahr wird auch wesentlich gesteigert, wenn der Träger eines solchen schwachen Nervensystems Syphilis acquiriert, dem Alkohol fröhnt oder sonst Schwächungen des Nervensystems (Infektionskrankheiten, Intoxikationen etc.) erlebt.

Es ist evident, dass Edinger mit solcher Bereicherung und Klärung der Aetiologie vieler Nervenkrankheiten auch die Prophylaxe derselben sehr gefördert hat. Man vermeide die Ursachen, die zu grosse Arbeit, und die Krankheiten werden vermieden. Edinger sagt (pag. 51 Separatabdruck): «Seit ich meine Tabischen sehr wenig gehen lasse, nur Uebungen anstelle, die nicht ermüden, seit sie alle Stunden urinieren, bei Sonnenschein dunkle Brillen tragen, bei jeder Verschlimmerung sofort für einige Tage zu Bett gehen und jegliche Anstrengung fürchten lernen, sind die Behandlungsresultate so gute geworden, dass ich mich lange in dem Gedanken freuen konnte, hier die Lösung der Tabestherapie gefunden zu haben. Es hat sich aber gezeigt, dass zwar sehr viel mehr als früher erreicht wird — Blasenlähmungen z. B. habe ich nun nie mehr gesehen — dass es aber bis jetzt noch nicht gelingt, unter allen Umständen diesen häufigsten Aufbrauchtyp aufzuhalten. Einzelne Anstrengungen erzeugen doch wieder gelegentlich neue Symptome».

Aehnliche prophylaktische Massnahmen würden auch bei den andern Aufbrauchkrankheiten wertvoll sein.

Auch die Lebensversicherungspraxis profitiert durch diese Tatsachen. Ein Klient, der Syphilis gehabt hat, wird immer nur mit erhöhter Prämie angenommen; hat ein solcher die leisesten Anzeichen von Tabes, so wird er zurückgewiesen, meist zum Schaden beider Teile. Es ist doch klar, dass, wenn man es mit einem einsichtsvollen und nicht ganz unbemittelten Klienten zu tun hat, er mit beginnender Tabes ruhig in die Versicherung auf 10—15 Jahre aufgenommen werden kann, wenn er die oben skizzierten prophylaktischen Massnahmen erfüllt. Man vergesse nicht, dass durch solch eine vorsichtige und ruhige Lebensweise andere das Leben bedrohende Schädlichkeiten vermieden werden. Für das psychische Wohlbefinden eines solchen Klienten trägt die Aufnahme in die Versicherung viel bei, und die Gesellschaft wird im Durchschnitt nur Gewinn haben.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Taschenbuch der Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an den Berliner, Wiener und anderen deutschen Kliniken. Herausgegeben von Dr. M. T. Schnirer. II. Aufl. (Verlag von R. Coën, Wien und Leipzig. Kl. 8° 400 S.).

Das von dem als Redakteur der Wiener klinisch-terapeutischen Wochenschrift und neuerdings auch als Herausgeber (im Verein mit Prof. H. Vierordt) der «Enzyklopädie der prakt. Medizin» bekannten Verfasser zu Ende des vorigen Jahres erschienene therapeutische Taschenbuch hat, wie vorauszusehen war, wegen seiner Brauchbarkeit eine so günstige Aufnahme gefunden, dass nach verhältnissmässig kurzer Zeit eine II. Auflage nötig geworden ist. Die neue Auflage ist aber nicht blos ein Abdruck der vorhergehenden, sondern in allen Rubriken durch Berücksichtigung der neuesten Fortschritte der Therapie vervollständigt und der Inhalt derselben durch Hinzufügung neuer Kapitel vermehrt worden. So wurde der Therapie der Krankheiten eine kurze Diagnostik vorausgeschickt; ferner wurden zwei Kapitel über ökonomische Arzneiverordnung und über diätetische Küche neu aufgenommen. Trotz der Zunahme des Umfanges um ein Drittel, ist der Preis des Buches derselbe geblieben (2 Mark).

Ohne Zweifel wird das handliche und hübsch ausgestattete Büchlein, das durch die erwähnte Umarbeitung an Brauchbarkeit als Nachschlagebuch in der Praxis viel gewonnen hat, in seiner neuen Bearbeitung eine noch grössere Zahl von Freunden unter den praktischen Aerzten sich erwerben als die erste Auflage.

Bernhoff.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 6. April 1905.

P. 1 der Tagesordnung: Dr. Engelmann demonstriert einen Fall von Pityriasis rubra chronica universalis. Der 50 Jahre alte Patient, Hebräer, ist seiner Angabe nach bis vor ca. 6 Monaten gesund gewesen. Das Leiden begann mit roten Flecken, die sich bald über den ganzen Körper verbreiteten, dabei Schelferung der Haut und zeitweise stärkeres Jucken. Niemals Nässen oder Blasenbildung.

Seit ca. 3 Monaten befindet sich der Patient in der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses. Bei seinem Eintritt bot derselbe folgenden Status:

Die Haut des ganzen Körpers stark gerötet, deutlich infiltriert, namentlich an den Unterextremitäten, am wenigsten ist das Gesicht betroffen. Ueberall starke kleienförmige, an den Unterextremitäten und den Vorderarmen mehr lamellöse Abschelferung der Haut. Die Schuppen sitzen lose auf, und fallen beim Darüberstreichen in Massen ab. Es besteht Haarausfall, die Kopfhaut ist gleichfalls mit Schuppen bedeckt. Die Nägel sind glänzend und brüchig. Die Inguinal- und vorderen Cervikaldrüsen vergrössert.

Nirgends finden sich Knötchen, Bläschen oder Papeln; an einigen Stellen Kratzaffekte (Excoriationen). Organbefund normal, Urin normal. Es besteht zeitweise auftretendes Jucken von wechselnder Intensivität, gestörtes Allgemeinbefinden. Während seines Aufenthaltes im Krankenhause (seit dem Januar) hat sich dieser Befund nicht wesentlich verändert. Infolge der Therapie ist die Rötung etwas zurückgegangen, die Abschelferung hat stark nachgelassen, ebenso ist die Infiltration etwas geringer geworden.

Efflorescenzen, wie Knötchen oder Bläschen, auch Nässen ist nie aufgetreten. Zeitweise auftretende Hyperidrosis und vorübergehende Temperatursteigerung wurden beobachtet; das Jucken besserte sich unter Salbenbehandlung. Das Körpergewicht hat abgenommen. Befund und bisheriger Verlauf lassen diejenigen Krankheiten, die bei universeller Ausbreitung zeitweilig ein ähnliches Bild liefern können, wie: Psoriasis, Lichen ruber, Ekzema etc., vollständig ausschliessen.

Dieser Fall muss daher unter die Gruppe der seltenen Hautkrankheiten eingereiht werden, die man jetzt unter dem Namen der Erythrodermia oder Dermatitis exfoliativa zusammenfasst, als deren Typus Hebra seinerzeit die Pityriasis rubra beschrieb.

Hebra verstand darunter eine maligne chronisch verlaufende Hautkrankheit, die während ihres ganzen Verlaufes keine anderen Erscheinungen zeigt, als intensive, über den ganzen Körper sich ausbreitende Rötung und hochgradige kleienförmige Abschelferung, ohne bedeutende Infiltration, ohne Knötchenbildung, ohne Bläschenbildung und Nässen.

In der Folge wurden von verschiedenen Autoren Krankheitsbilder beschrieben, die in Einzelheiten, was Verlauf und Erscheinungen anbetrifft, von diesem Typus gewisse Abweichungen zeigten und zur Aufstellung verschiedener Nebengruppen führten. Eine Einigkeit ist darüber nicht erzielt. Folgt man der von Besnier und Brocq proponierten Einteilung, so wäre der vorliegende Fall als Dermatitis exfoliativa chronica generalisata zu bezeichnen, während, falls man der Einteilung Jadassohn's folgt, welcher zur Vereinfachung eine Erweiterung des Begriffes der Pityriasis rubra Hebra empfiehlt, dieser Fall eben als Pityriasis rubra gelten muss.

Die Prognose dieser äusserst seltenen Erkrankungen ist bei den chronischen und mit universeller Ausbreitung verlaufenden Fällen keine günstige. Wenn sie auch nicht immer so ungünstig zu stellen ist, wie bei der typischen Hebraschen Pityriasis rubra, so führt doch die zunehmende Störung im Allgemeinbefinden zu Marasmus, oder die Kranken erliegen interkurrenten Krankheiten, unter denen die Tuberkulose einen auffallend hohen Prozentsatz einnimmt; ob diese in ursächlichem Zusammenhang mit der aetiologisch dunkelen Erkrankung steht, erscheint jedoch sehr fraglich; von Jadassohn sind in einigen Fällen tuberkulöse Herde in den oberflächlichen Lymphdrüsen gefunden worden.

Die histologische Untersuchung der Haut hat für die Erklärung des Prozesses nichts Positives ergeben.

Was die Behandlung anbetrifft, so ist der Patient anfangs mit Arseninjektionen, später als dieselbe erfolglos blieben, innerlich mit Karbolsäurepillen und ausserdem mit verschiedenen Salicyl- und Schwefelsalben, sowie Schwefelbädern behandelt worden. Eine gewisse Besserung lässt sich wohl konstatieren, doch beweist der Verlauf den ausserordentlich chronischen Charakters dieses Falles.

(Autoreferat).

Digitized by Google

Dr. Hampeln fragt, ob die in Rede stehende Hautaffektion mit den bei der Pseudoleukämie beobachteten Aehnlichkeit habe.

Dr. Engelmann bejaht dies, pseudoleukämische Erscheinungen seien bei dieser Erkrankung beobachtet worden.

Nach Dr. J. Eliasberg's Meinung gehört der Fall nicht zur Pityriasis rubra Hebrae, weil die Entwickelung der Krankheit eine zu rapide war, und die Haut Infiltrationen aufweist, was bei dieser Krankheit nicht vorkommt. Eher würde das klinische Bild zur Kategorie der benignen exfoliativen Dermatitis (Brocq-Widal) zu rechnen sei, jedoch scheint ihm, dass das heftige Jucken, welches seit dem Beginn der Krankheit besteht, auf ein ganz anderes Leiden hinweist, nämlich die Mycosis fungoides, deren prämykotisches Stadium man hier vor Augen hätte. Bei der Mycosis fung. kämen gerade diese ausgedehnten teils erythematösen, teils ekzematösen Hauterkrankungen mit Infiltration der Haut, verbunden mit heftigem Jucken, vor.

Sicher könne man zur Zeit die Diagnose nicht stellen, es müsste der Verlauf entscheiden.

(Autoreferat).

Redner fragt dann noch, ob Blutuntersuchungen gemacht worden seien von Dr. Engelmann, was dieser verneint.

Dr. Engelmann: Dass es sich nicht um einen Fall von Hebrascher Pithyriasis rubra im engeren Sinne handelt, habe ich bereits auseinandergesetzt. Nach der Besnier-Brocqschen Einteilung liegt hier, wie gesagt, eine Dermatitis exfoliativa chronica generalisata vor. Symptome und Verlauf stimmen damit überein; als Pityriasis rubra ist der Fall nur im Jadassohn'schen Sinne anzuführen. Die Mycosis fung. kann vorübergehend zu juckender Hautrötung führen, doch wäre dieselbe erst in Betracht zu ziehen, wenn charakteristische Symptome aufgetreten wären, wie zum Beispiel cirkumscripte Hautinfiltrationen, während hier diffuse Infiltration vorliegt. Ich glaube auch dem Verlauf dieselbe ausschliessen nach zu können.

Dr. Eliasberg meint, es gäbe auch bei der Mycosis fung. eine generalisierende Form.

P. II. Dr. Voss hält seinen angekündigten Vortrag «über die Differentialdiagnose bei otitischer Sinusthrombose». (Ist erschienen später in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. 50, Heft I, 1905).

In der Diskussion referiert Dr. Wolferz jun. über einen Fall von Sinusthrombose, welcher keinerlei Symptome gemacht hatte; beiderseits hatte Mittelohreiterung bestanden, der Pat. wurde mit Eiterung aus dem einen Ohr entlassen; 2 Wochen darauf Schwellung hinter dem Ohr und bei der Operation wurde eine Sinusthrombose aufgedeckt. — Wolferz hat auch beobachtet, dass Endokarditis bei Scharlach den Verdacht auf Sinusthrombose aufkommen lasse; später auftretende Herzgeräusche liessen entscheiden, dass keine Sinusthrombose, sondern Endokarditis vorlag.

Dr. Voss ist es wohl bekannt, dass solche Fälle vorkommen, wo die Sinusthrombose symptomenlos verläuft; doch habe er nicht diese Fälle in seinem Vortrag besprochen, sondern solche, wo andere Krankheiten den Grund für das Fieber abgeben.

Sodann erwähnt Dr. Voss, dass es zuweilen ihm Schwierigkeiten gemacht habe zu entscheiden, welche Seite druckempfindlich sei; in einem Fall z. B. bestand eine Schwellung auf der rechten Seite; bei der Sektion zeigte sich jedoch, dass linkseitig im Sinus ein Eiterherd vorhanden war; die Infektion war von rechts ausgegangen. Besonders bei kleinen Kindern, welche durch langdauernde Infektionskrankheiten herabgekommen sind, sei die Diagnose schwierig.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Berichtigung.

In Nr. 48. S. 1, Spalte 2, Z. 16 von oben muss es (statt «theoretischen») «therapeutischen Wert» heissen.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der berühmte Physiologe Dr. Eduard Pflüger, Prof. ord. der Physiologie und Direktor des physiologischen Instituts der Universität Bonn, beging am 1./14. Dezember sein 50-jähriges Doktorjubiläum. Nur wenige Gebiete der Physiologie gibt es, auf denen Pflüger nicht schöpferisch und neue Wege weisend tätig gewesen wäre. Von grundlegender und bahnbrechender Bedeutung sind vor allem aber seine Forschungen und Entdeckungen auf dem Gebiete der Respirationslehre und der Lehre von dem Gesamtstoffwechsel der Menschen und Tiere. Staunenswert ist die ungewöhnliche Frische und unermüdliche Schaffenskraft, die der grosse Gelehrte bis in die letzte Zeit sich bewahrt hat, trotzdem er im Juni d. J. bereits sein 76. Lebensjahr überschritten hat. Von seinen Schülern wurde dem Jubilar seine lebensgrosse Büste überreicht, allen sonstigen ihm zugedachten Ovationen hat er sich durch eine Reise nach auswärts entzogen.

— Dem Leipziger Gynäkologen, Prof. extraord. Dr. Karl Hennig, wurde anlässlich seines 80. Geburtstages in Anerkennung seiner Verdienste um das Sanitäts- und Rettungswesen die Esmarch-Medaille verliehen.

— Die hiesige geburtshülflich-gynäkologische Gesellschaft hat ihren Vizepräsidenten, Leibakkoucheur Prof. Dr. D. Ott, zum Ehrenmitgliede gewählt.

— Für Auszeichnung im Dienst sind zu Geheimräten befördert: Leibmedikus Dr. Scherschewski, beständiges Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Prof. emer. Dr. Tauber, beratendes Mitglied des genannten Komitees, und Dr. Grimm, Korpsarzt des XIV. Armeekorps.

— Der Gehülfe des Olonezschen Gouvernements-Medizinalinspektors Dr. Kanski ist zum stellv. Medizinalinspektor ernannt worden.

— Der Divisionsarzt der 47. Inf.-Division Dr. Rosenthal ist krankheitshalber mit Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Prof. Dr. Robert Koch (Berlin), der den Nobelpreis für Medizin in Stockholm in Empfang nahm, hielt dort die vorgeschriebene Vorlesung vor einer grossen Versammlung von Gelehrten, Aerzten und Studenten. Er sprach, wie von dort berichtet wird, zunächst seine Freude darüber aus, dass der Kampf gegen die Tuberkulose schon in allen Ländern der zivilisierten Welt begonnen habe, wenn auch auf verschiedenen Wegen. Er gab dann eine Schilderung seiner Arbeiten gegen die Tuberkulose. Auf Grund statistischer Angaben legte er dar, wie sehr er mit seiner Methode und in seiner Auffassung der Natur der Tuberkulose das Richtige getroffen habe. Der Redner erntete reichen Beifall. — Gerüchtweise verlautet, dass Prof. Koch seinen Nobelpreis zur Realisierung eines Lieblingswunsches zu verwenden gedenkt, nämlich zur einheitlichen Herausgabe seiner gesamten wissenschaftlichen Arbeiten.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 25. November in Irmlau (Kurland) Dr. Adolf Katterfeld, Arzt der kurländischen Ritterschaftsgüter und ehemaliger Oberarzt der kurländischen fliegenden Sanitätskolonne auf dem Kriegsschauplatz, wenige Tage vor Erreichung des 50 Lebensjahres. Er ist von einer lettischen revolutionären Sozialistenbande, in seinem Doktorat ermordet worden. Die Bande forderte Auslieferung der Waffen und 500 Rbl. Bargeld und als Dr. Katterfeld erklärte, weder im Besitz von Waffen noch einer so grossen Geldsumme zu sein, wurde sein Haus zunächst von aussen beschossen. Darauf drangen die Mordgesellen aufs neue ins Haus und schossen Dr. K., weil er ihre Forderungen nicht erfüllte, sofort nieder. Der Hingeschiedene war in Kurland geboren und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1878—86 studierte und der Korporation «Curonia» angehörte. Nach Absolvierung seiner Studien wurde er Landarzt in Kurland, zuerst in Kandau, dann in Irmlau und leitete bekanntlich im letzten Kriege die vom Kurländischen Roten Kreuz ausgerüstete Sanitätskolonne. Noch vor nicht langer Zeit berichteten wir über die brutale Ermordung Dr. Halicki's durch eine lettische Sozialistenbande und schon wieder haben wir die traurige Pflicht, das jähe Hinscheiden eines liebenswerten, edlen Menschen und Arztes durch Mörderhand zu melden. Da drängt sich doch die Frage auf, wie lange noch in frevelhafter Weise mit dem Namen der Freiheit Spott getrieben, wie lange noch das Blut braver Männer von Mordgesellen vergossen werden darf, ohne dass dem Treiben Einhalt geschieht. Wie die «Düna-Ztg.» erfährt, soll Dr. Katterfeld im Irmlauschen lettischen Verein, dessen Mitglied er war, eine Rede zur Beruhigung der Gemüter gehalten und dadurch Unzufriedenheit erregt haben, so dass er nachher überfallen und ermordet wurde. Es ist also seine Liebe zur baltischen Heimat und sein warmes Gefühl für die Landbevölkerung derselben gewesen, die das lettische Volk ihm in so schmähliger Weise vergolten hat. Mit Katterfeld ist ein stets hülfsbereiter Arzt, der das

Digitized by Google

Vertrauen und die Liebe seiner Patienten in hohem Masse besass, aber auch ein liebenswürdiger Mensch, ein treuer Freund und ein ernster Arbeiter dahingegangen. 2) Am 3. Dezember in St. Petersburg der Arzt bei der Verwaltung des Palais Sr. Majestät, Ehrenleibmedikus Dr. Georg Karejew, im Alter von 53 Jahren nach fast 35-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Der Verstorbene fungierte zugleich als beständiges Mitglied des technischen Komitees bei der Haupt-Intendanturverwaltung. — In der Seeschlacht bei Tschusima sind mit den russischen Kriegsschiffen untergegangen: 3) Der ältere Arzt der Gardeequipage Dr. Peter Jurjew, geb. i. J. 1869, die Venia practicandi hatte er i. J. 1895 erlangt. 4) Der jüngere Arzt der 16. Flottenequipage Dr. Georg Bunting, geb. i. J. 1876. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1902, war B. einige Zeit Arzt des 104. Inf.-Regiments. 5) Der ältere Arzt der 15. Flottenequipage Dr. Kretschunesko, geb. 1872 und Marinearzt seit 1897 in Libau. 6) Der jüngere Arzt der 14. Flottenequipage Konst. Kaljewitsch, geb. 1873 und Arzt seit 1901, anfangs im Landschaftsdienst in Krementschug. 7) Der ältere Arzt der 9. Flottenequipage Dr. Benj. Podobjedow, geb. 1866 und Marinearzt seit 1891. 8) Der jüngere Arzt der 18. Flottenequipage Dr. Kasimir Obniski, geb. 1876, praktizierte seit 1901, und zwar anfangs als Landschaftsarzt im Gouv. Cherson.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Dem Oberarzt und Bevollmächtigten der Estländischen Abteilung der Gesellschaft des Roten Kreuzes, Dr. Alfred v. Brackel, ist für seine Mühewaltung während des letzten Krieges der St. Stanislausorden II. Klasse verliehen worden.

— Das Personal des russisch-holländischen fliegenden Lazaretts, mit dem Oberarzt Dr. Rothberg an der Spitze, ist in der vorigen Woche aus dem Fernen Osten hier wohlbehalten eingetroffen.

— In der Seeschlacht bei Tschusima haben, wie wir dem von Dr. P. Bulatow im «R. Wratsch» mitgeteilten Verzeichnis entnehmen, folgende 12 Aerzte des Marineressorts den Tod gefunden:

1) Boris Bertenson, 27 J. alt, Arzt seit 1901;
2) Georg Bunting, 29 J. alt, Arzt seit 1902;
3) Gregor Wassiljew, 37 J. alt, Arzt seit 1893;
4) Axel Gnadeberg, 28 J. alt, Arzt seit 1903;
5) Konstantin Kaljewitsch, 30 J. alt, Arzt seit 1901;
6) Konstantin Kretschunesko, 33 J. alt, Arzt seit 1897;
7) Theodor Lukin, 33 J. alt, Arzt seit 1896;
8) Apollo Matawkin, 32 J. alt, Arzt seit 1899;
9) Alexander Nadein, 33 J. alt, Arzt seit 1896;
10) Kasimir Obniski, 29 J. alt, Arzt seit 1901.
11) Benjamin Podobjedow, 39 J. alt, Arzt seit 1891;
12) Peter Jurjew, 36 J. alt, Arzt seit 1895;

Wie aus diesem Verzeichnis zu ersehen ist, standen alle dort verunglückten Aerzte in jüngerem Alter und hatten ihre ärztliche Tätigkeit meist erst vor wenigen Jahren begonnen. Die Nekrologe der DDr. Bertenson, Wassiljew, Gnadeberg, Lukin, Matawkin und Nadein haben wir in früheren Nummern der Wochenschrift bereits gebracht; die Nekrologe der übrigen obenerwähnten Aerzte finden die Leser in der heutigen Nr. an der betreffenden Stelle.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Als Nachfolger Prof. Nothnagels auf dem Lehrstuhl der internen Medizin in Wien soll in erster Linie Prof. Dr. Adolph Strümpell, Direktor der med. Klinik in Breslau in Aussicht genommen sein. Es wird aber auch als Kandidat der Kieler Kliniker Prof. Dr. Quincke genannt. Wie neuerdings verlautet, soll Prof. Strümpell den an ihn ergangenen Ruf bereits abgelehnt haben.

— Vor kurzem wurde in Wien der hundertste Geburtstag des berühmten Klinikers Joseph Skoda in den wissenschaftlichen Kreisen der Stadt gefeiert. Die Gesellschaft der Aerzte in Wien und das Wiener med. Doktorenkollegium veranstalteten eine grosse Skodafeier, in welcher Prof. v. Schrötter, der letzte Assistent Skodas, die Festrede hielt. Die «Wiener mediz. Wochenschrift», zu deren Mitarbeitern Skoda zählte, hat eine Festnummer mit dem Bilde des berühmten Wiener Klinikers herausgegeben.

— An der Odessaer Universität ist ein Konkurs zur Besetzung des Lehrstuhls für chirurgische Pathologie und Verbandlehre ausgeschrieben worden.

— Dem verstorbenen Kliniker in Giessen, Dr. Franz Riegel, soll an der Stelle seines langjährigen Wirkens ein würdiges Denkmal errichtet werden. Beiträge sind dem Privatdozenten Dr. Volhard in Giessen zugehen zu lassen.

— Der ausserordentliche Professor der Dermatologie an der Universität Rostock Dr. Max Wolters ist zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt worden.

— Das Personalverzeichniss der Dorpater Universität ist, wie die «Nordl. Ztg.» berichtet, vor einigen Tagen in üblicher Weise ausgegeben worden. Die Zahl der Studierenden (ohne die Pharmazeuten) ist in dem Verzeichniss mit 2180 (gegen 1909 im Vorjahr) angegeben, von welchen 901 (gegen 728 im Vorjahre) auf die medizinische Fakultät entfallen. Die Zahl der pharmazeutischen Hörer beträgt 76 (gegen 79).

Wozu dieses Verzeichniss der Studierenden erschienen ist, ist nicht zu verstehen, da alle diese 2266 Studierenden, freie Zuhörer und Pharmazeuten im verflossenen Jahre so gut wie garnicht studiert haben und der grösste Teil derselben schon vor längerer Zeit Dorpat verlassen hat.

— In der Jahresversammlung der mikrobiologischen Gesellschaft in St. Petersburg, deren Sitzungen im Institut für Experimental-Medizin stattfinden, wurden am 18. November in den Vorstand der Gesellschaft für das bevorstehende Vereinsjahr gewählt: Prof. W. Podwyssotzki — zum Präses, Prof. W. Palladin — zum Vizepräses, die DDr. D. Sabolotny und W. Omeljanski — zu Sekretären und B. Issatschenko — zum Kassierer. (R. Wr.)

— Der Konseil der Dorpater Universität hat dem Vernehmen nach, beschlossen, den öffentlichen Jahresaktus am Stiftungstage der Universität diesmal nicht zu begehen, doch sollte es den Fakultäten anheimgestellt werden, die etwa eingelaufenen Preisarbeiten der Studierenden zu prämiieren.

Epidemiologisches.

— Pest. Im Gouvernement Astrachan gab es seit dem 30. November keine Pestfälle mehr. Von Mitte Oktober wurden dort bis jetzt 546 Pesterkrankungen konstatiert, von denen 515 einen tödlichen Ausgang hatten. Die Nachricht von dem Auftauchen der Pest in den nördlichen Teilen der Kirgisensteppe (an der Grenze des Gouv. Ssamara) und in der Staniza Wetljanka (im Kreise Tscherny Jar) bestätigt sich nicht.

— Cholera. Im Weichselgebiet erkrankten vom 24. November bis zum 4. Dezember in Lomsha 18 Personen an der Cholera, von denen 8 starben. Die verdächtigen Fälle im Gouv. Plozk und Bialystok erwiesen sich nicht als Cholerafälle.

— Meningitis cerebro-spinalis. In einer vor kurzem von der preussischen Regierung nach Beuthen einberufenen Konferenz zur Beratung über die Genickstarre in Oberschlesien wurde festgestellt, dass — entgegen den bisherigen Nachrichten — von einer Verseuchung des oberschlesischen Industriebezirks jetzt gar keine Rede mehr sein könne, da in letzter Zeit nur vereinzelte Fälle vorgekommen seien. Interessant war die Mitteilung, dass bei sämtlichen 31 Leichenöffnungen der Weichselbaumsche Krankheitserreger allein vorgefunden wurde. Die Wiederstandsfähigkeit dieses Krankheitserregers ist äusserst gering; er stirbt ab, sobald er vertrocknet, während kalte Temperatur, wie man bisher glaubte, ihn nicht sofort vernichten soll. Bezüglich der Uebertragungsweise sei soviel klar geworden, dass dieselbe nur durch unmittelbare Uebertragung von Nasen- und Rachenschleim der Kranken stattfinde. Die Empfänglichkeit ist am grössten zwischen dem 2. und 4. Lebensjahre und nimmt dann schnell ab, so dass Erwachsene nur in sehr geringem Grade empfänglich sind.

Digitized by Google

Verschiedene Mitteilungen.

— Von unseren in Berlin wirkenden berühmten Landsleuten Prof. Ernst v. Bergmann und Prof. Adolf Harnack (Theolog) war vor kurzem in einen Saal des Berliner Abgeordnetenhauses eine Versammlung einberufen worden, um eine Hülfsaktion für die durch die russischen Wirren geschädigten Deutschen in die Wege zu leiten. Nach längerer Besprechung der bei uns gegenwärtig herrschenden Verhältnisse wurde von der Versammlung, zu der sich etwa 200 den besten Kreisen angehörende Herren eingefunden hatten, beschlossen, einen Aufruf zu erlassen, in dem zur Unterstützung der Deutschen in Russland aufgefordert wird und die gesamte nationale Presse Deutschlands dafür zu interessieren.

— Das vegetarische Kinderheim, dessen Eröffnung soeben in Breslau erfolgte, war bekanntlich von seinem Stifter, dem in Bonn im Jahre 1898 verstorbenen Professor Baron, ursprünglich für Berlin in Aussicht genommen. In seinem Testament vom 12. August 1884 hatte der Erblasser ein Legat von etwa 500,000 Mk. der Stadt Berlin mit der Bestimmung ausgesetzt, dass nach seinem Tode ein seinen Namen tragendes Kinderheim geschaffen werde, dessen Pfleglinge nur vegetarisch ernährt werden sollten. Vielleicht wäre das Legat von der Stadt auch mit dieser Bedingung angenommen worden, wenn nicht der Erblasser die weitere Bedingung gestellt hätte, dass im Kuratorium kein Arzt sitzen dürfe. Ein grosser Teil der berliner Stadtverordnetenversammlung glaubte den verdienten Vertretern des ärztlichen Standes, die der Versammlung angehörten, es schuldig zu sein, ein Legat, in welchem eine derartige Nichtachtung der Aerzte zum Ausdruck gelangte, abzulehnen. Am 8. Dezember 1898 erfolgte denn auch in namentlicher Abstimmung die Annahme des Ausschussantrages, der die Zurückweisung der Schenkung empfohlen hatte. Mit einer knappen Mehrheit von fünf Stimmen — 53 für und 48 gegen den Ausschussantrag — war diese Entscheidung zustandegekommen. Gemäss den weiteren Bestimmungen des Testators sollte nun der Stadt Breslau das Legat zufallen. Am 10. März 1899 erklärten sich die dortigen Stadtverordneten mit der Annahme der Stiftung unter den gestellten Bedingungen einverstanden, und es verdient hervorgehoben zu werden, dass zu denjenigen, die dafür gestimmt hatten, auch zwei berühmte Aerzte, die Professoren Neisser und Flügge gehörten. Für den Fall, dass auch Breslau ablehnen sollte, hatte der Erblasser bestimmt, dass alsdann das Städtchen Festenberg in Schl. in Betracht kommen sollte.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. Nov. d. J. 10876 (73 wen. als in d. Vorw.), darunter 939 Typhus — (14 wen.). 939 Syphilis — (14 wen.), 404 Scharlach — (0 wen.) 159 Diphtherie — (3 mehr), 72 Masern — (4 wen.) und 16 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 20. bis zum 26. Nov. d. J. im ganzen 742 (430 M., 312 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 33, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 20, Scharlach 45, Diphtherie 33, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 5, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 62, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 111, Tuberkulose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungskanals 47, Totgeborene 34.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 10. Jan. 1906.

Tagesordnung: Blessig: Präsidialvortrag.
Berichte der Sekretäre und des Kassirers.
Beschlussfassung über Anträge betreffend:
1) die Beteiligung des Vereins an der Hilfeleistung in den Hungergegenden.
2) das i. J. 1909 bevorstehende 50-jährige Jubiläum des Vereins.
Wahlen.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Dez. 1905.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

(107) 26—5.

Marke „Pfeilring".

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT A/M.

EUNATROL

Vorzügliches **Cholagogum** bei **Gallenstein** und anderen Gallen- und Leberkrankheiten; wird besonders in Form der **Eunatrolpillen** ohne jede üble Nebenerscheinung monatelang genommen.

UROSIN

Einziges, von Dr. Weiss, dem Erfinder der Chinasäure-Therapie empfohlenes und sicher prophylaktisch wirksames Präparat gegen **Gicht und andere harnsaure Ablagerungen.**

(88) 3—2.

FORTOIN

Geschmackfreies **Antidiarrhoicum**, sicher wirksam bei akutem, chronischem und tuberkulösem **Darmkatarrh.**

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Tannalbin (Knoll)

Erprobtes Antidiarrhoicum,
geschmacklos, stört Appetit und Verdauung in keiner Weise; erhältlich in Pulver und Tabletten.

Triferrin (Knoll)

p-Nucleins. Eisen.
Enthält organ. Phosphor, steigert den Haemoglobingehalt d. Blutes u. wird vom schwächsten Magen vertragen.

Literatur und Proben kostenlos!

KNOLL & Co. • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

RONCEGNO

Natürliche Arsen-Eisenquelle

bekannt und im Kurbetrieb seit 1856.

Angewendet mit bestem Erfolg und dauernd das ganze Jahr, auch zu **Hauskuren** in allen Ländern empfohlen seitens vieler ärztlichen Autoritäten bei **Blutarmut, Chlorose, Erkrankungen des Blutes, Malaria** mit ihren Folgezuständen, **Haut-, Nerven-** und **Frauenleiden, Basedow'scher Krankheit** etc.

◆ Käuflich in allen Apotheken. ◆ (51) 25—25.

Bad Roncegno (Stat. der Valsugana-Bahn) 535 M. ü. d. M.

Mineral- und alle modernen Bäder- und Kurbehelfe.
Grand Hôtel des Bains, erstklassig, 200 Zimmer und Salons, mit allem Komfort. Schattiger grosser Park. Würzige, staubfreie Luft. Kurmusik. Alle Sommersports. Sommertemperatur durchschnittlich 18—22°.

◆ Bade-Saison 20. Mai bis 15. Oktober. ◆

Prospekte durch die Bade-Direktion **Roncegno** in Südtirol.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.
Prospekte des Sanitätsrats Dr. Koeniger.

Buchhandlung der PRAKTISCHEN MEDIZIN
St. Petersburg, Nischegorodskaja, 15
(Telephon 5439)
nimmt entgegen

ABONNEMENTS,

auf sämtliche ausländische und russische Medizinische Journäle und rechnet zu folgendem Kurse: 1 Mark — 52 Kop., 1 Frank — 42 Kop.

Katalog gratis und franko.

Den Herren Aerzten werden auf Wunsch sämtliche Neuigkeiten der medizinischen Literatur zur Ansicht gesandt.

Jahresrechnungen.

Stottern heilt dauernd die Sprachlehranstalt (mit Pension) Prov. Martin Wagner. Neueste Methode. Keine Rückfälle!! С. П. Б. Екатерининскій каналъ 52 (Демидовъ мостъ) кв. 52 (Lift). Zahlreiche glänzende Atteste. Prospekte gratis.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19

Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16 Qu. 18.

Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер 7, кв. 5.

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.

Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.

Frau Minna Rieser, geb. Franke. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймоновской ул. д. 4. кв. 11.

Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства. ✱ ✱

Совершенно не раздражаетъ. ✱ Охотно принимается. ✱ Хорошо усваивается. ✱ Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Кресличгъ, Спб., Б. Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать **САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ** во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

Digitized by Google

Unguentum Heyden

Salbe aus **Calomelol** (Calomel colloidale) zu **antisyphilitischen** Schmierkuren (*Neisser*). Nicht färbend, nicht beschmutzend. Leicht einreibbar (höchstens 15 Minuten). Einzeldosis 6 g.

In graduierten Schieberöhren zu 60 und 30 g. Verordnung in Einzelpackungen wegen Subtilität der Salbe zu vermeiden.

Novargan

Reizlosestes Antigonorrhoikum unter den **Silberpräparaten**. Ueberlegene keimtötende Wirkung.

„Zu Zeit bestes Mittel bei akuter Gonorrhöe". Einspritzungen der 0,2 bis 0,5 bis 1%igen Lösung. In ganz frischen Fällen Abortivbehandlung möglich: 15%ige Lösung (0,5 cm³) zu Instillationen.

Lösung **kalt** bereiten; darf für **Blasenspülung** auf 40° erwärmt werden.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet, St. Petersburg, W. O., Sredny Prosp. 8.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen Acne, Folliculitis, Furunkulose, chron. Ekzeme.

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Dr. Emmerich's Heilanstalt

für Nerven-, Morphium-, Alkohol- etc. Kranke

Gegründet 1890 **B.-Baden** Gegründet 1890

Mildeste Form der Morphium-Entziehung ohne Zwang und Qualen unter sofortigem Wegfall der Spritze in 4—6 Wochen. Prospekte kostenlos (Geisteskranke ausgeschlossen.)

Bes. u. dirig. Arzt Dr Arthur Meyor. 2 Aerzte.

Die Buchhandlung von **K. L. Ricker** St. Petersburg, Newsky Pr. 14, nimmt entgegen

Abonnements,

auf sämtliche in- und ausländische Zeitschriften mit Garantie für rechtzeitige Zustellung und versendet auf Wunsch zur Ansicht alle Neuigkeiten der medizinischen Literatur in russischer, deutscher, französischer und englischer Sprache. (118) 2—1.

СПЕЦІАЛЬНОЕ МЫЛО

для ухода за глазами

продается во всѣхъ

Аптекахъ и Аптекарск. магазинахъ

Главный складъ:

С.-ПЕТЕРБУРГЪ, Гороховая, 33.

Торгов. Домъ **„АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ".**

Для Привислянск. и Сѣв.-Западн. Края

ГЕРШОНЪ ЛУРЬИ — ДВИНСКЪ.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:

Die Wirkung des **„Pertussin"** war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:

Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:

Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:

Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel**, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik**, Apotheker, Kiew. **Paul Seebode**, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein**, Moskau.

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19**, Seydelstrasse 16. (99) 10—7.

Hôtel und Pension

Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Digitized by Google

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (63) 18—12.

GRIES bei BOZEN

Mildester klimatischer Kurort im deutschen Süd-Tirol.

Saison vom 1. September bis 1. Juni.

Prospekte durch die Kurdirektion. (109) 6—3.

1906.

ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

XXII „ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА". XXII

Въ 1906 г. въ журналѣ „Практическая Медицина" будутъ помѣщены слѣдующія сочиненія: 1. Проф. A. Döderlein и проф. B. Krönig. „Оперативная гинекологія" Съ 182 рисунками (частью цвѣтными) и 1 таблицею. 612 стр. 2. Д-ръ Jessner „Дерматологическія монографіи для практиковъ". 900 стр. 3. Д-ръ Maurice de Fleury. „Руководство къ изученію болѣзней нервной системы". Съ 133 черными и цвѣтными рисунками. 993 стр. 4. Проф. E. Oberländer и проф. A. Kollmann. „Хроническій перелой мужского мочеиспускательнаго канала и его осложненія". Съ 135 рисунками и 8 таблицами. Въ 3 частяхъ. 600 стр. 5. Доц. K. Ewald. „Показанія къ хирургическому вмѣшательству и выполненіе его въ простыхъ случаяхъ". Въ 2 частяхъ (336+229 стр.), съ 25 рис. 6. Д-ръ M. Kahane. „Терапія кишечныхъ болѣзней". 7. Д-ръ K. Witthauer. «Руководство къ вибраціонному массажу, съ обращеніемъ особеннаго вниманія на гинекологію". Съ 18 рис. 111 стр. 8. Д-ръ Valdemar Bie. „Примѣненіе свѣта къ медицинѣ". Съ 22 рис. 70 стр. 9. Д-ръ C. Pirquet и B. Schick. „Сывороточныя болѣзни". 10. „Клиническія лекціи по разнымъ отраслямъ практической медицины вообще и терапіи въ частности, на оригинальныя, такъ и переводныя.

XIII ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА. XIII

Программа изданія слѣдующая:

I. 1. Оригинальныя и переводныя статьи, иллюстрированныя, при надобности, рисунками. 2) Фельетоны по вопросамъ врачебнаго быта и по всѣмъ вопросамъ, такъ или иначе имѣющимъ отношеніе къ врачу или къ врачебному сословію. 3) Рефераты *всѣхъ* оригинальныхъ статей, напечатанныхъ въ общихъ и спеціальныхъ русскихъ медицинскихъ журналахъ. 4) Рефераты изъ иностранной печати. 5) Отчеты о защитахъ диссертацій. 6) Отчеты о засѣданіяхъ столичныхъ и провинціальныхъ медицинскихъ обществъ. 7) Рецензіи. 8) Корреспонденціи. Письма съ курортовъ. 9) Лѣтопись общественной медицины. 10) Хроника и мелкія извѣстія. 11) Некрологи. 12) Объявленія.

II. Терапевтическій отдѣлъ „Врач. Газеты": ориг. статьи, рефераты, обзоры нов. лек. средствъ: составъ нов. лек. средствъ, рецензіи рецепты.

III. Отдѣлъ общественной Санитаріи и Гигіены: ориг. статьи и обзоры. Врачебно-санитарное законоположеніе въ Россіи и заграницей. Рефераты научн. изслѣдованій, съ обращен. особ. вниманія на вопросы, близко касающ. современ. общественнаго здравоохраненія. Рецензіи. Библіографія.

IV. Справочный отдѣлъ: оффиц. и неоффиціальн. свѣд. о врачахъ разъясненія и отвѣты въ томъ числѣ и по вопросамъ юридическаго характера, вакантн. мѣста, библіографическій указатель, диссертацій, выходящихъ въ Россіи и заграницей. Книги, выходящія въ Россіи, Германіи, Франціи и Англіи.

Книги, поступившія въ редакцію.

V. Клиническія лекціи.

Лекціи представляютъ самостоятельное изданіе для подписавшихся на одну только „Врачебную Газету", безъ журнала.

Редакторы журнала „Практическая Медицина" и „Врачебной Газеты".

д-ра: *А. А. Лозинскій* и *О. А. Лунцъ*.

Издатель *В. С. Эттингеръ*.

Цѣна журнала «Практическая Медицина» вмѣстѣ съ „Врачебной Газетой" 10 р. съ перес. и доставкой Заграницу. 14 р.

Отдѣльная подписка на „Практическую Медицину" безъ «Врачебной Газеты» не принимается.

Для желающихъ допускается разсрочка подписной платы: при подпискѣ—2 р. 50 к., 1 Апрѣля, 1 іюля и 1 Октября—по 2 р. 50 к.

Цѣна «Врачебной Газеты» безъ «Практической Медицины», но съ Клиническими лекціями: на годъ 5 р., на полъ-года 2 р. 50 к. на 3 мѣс. 1 р. 25 к.

Пробные номера газеты и полный подробный каталогъ изд. журн. „Практическая Медицина" высылаются безплатно.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, улица Жуковскаго, 18, въ конторѣ журнала «Практическая Медицина» и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach, Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
FEB 2 1906

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. – Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557

№ 51 St. Petersburg, den 24. Dezember (6. Januar). **1905.**

Inhalt: Dr. med. B. Raue: Prinzipien der Diabetesbehandlung. — **Referate:** S. E. Henschen: Ueber die Eheschliessung vom Standpunkt der Hygiene und des Arztes. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** Prof. Ernst Ziegler: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie. — A. Schanz: Fuss und Schuh. — Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik. Von Dr. Carl Zarniko. — W. Nagel: Gynaekologie für Aerzte und Studierende. — Arneth: Die Lungenschwindsucht. — **Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.** — **Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.** — **Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.** — **Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.** — **Tagesnachrichten.** — **Anzeigen.**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medizinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1906 unter der jetzigen Redaktion und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medizinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte**, des **deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg**, der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga**, der **medizinischen Gesellschaft zu Dorpat**, der **Gesellschaft Livländischer Aerzte**, der **Estländischen ärztl. Gesellschaft**, der **Gesell. prakt. Aerzte zu Libau** und des **Livländischen ärztl. Rechtsschutzvereins.** — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medizinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über alle wichtigeren in russ. medizin. Journalen erscheinenden Arbeiten den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das Jahr, **4 Rbl.** für ein halbes Jahr; in **den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, **10 Mark** für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky Prospekt Nr. 14, zu richten.

Prinzipien der Diabetesbehandlung.

(Vortrag, gehalten auf dem XVII. Livl. Aerztetage zu Arensburg am 11. August 1905.)

Von

Dr. med. B. Raue — Marienburg.

Der Diabetes ist eine Krankheit, die schon sehr lange bekannt ist. Schon in den Schriften alter indischer Aerzte, ferner in den Werken von Celsus und Aretäus im ersten Jahrhundert nach Christo, finden wir Hinweise auf die Krankheit. Der erste, der den Zucker im Harn der Diabetiker entdeckte, war der Engländer Thomas Willis im 17. Jahrhundert. 1775 stellte als erster der Engländer M. Dobson den Zucker aus dem Harn dar. Nachher haben sich viele berühmte Aerzte um die Beschreibung der Krankheit verdient gemacht, doch die wissenschaftliche Untersuchung über die Ursachen und das Wesen der Krankheit beginnt erst in der Mitte des 19. Jahrhunderts, als Claude Bernard sein berühmtes Experiment machte das unter dem Namen des Zuckerstiches (Piqûre) wohl jedem Arzt bekannt ist [1]). In letzter Zeit haben sich um die weitere Entwickelung der Diabeteslehre — sowohl in theoretischer als praktischer Hinsicht grosse Verdienste erworben: Frerichs, Ebstein, Fr. A. Hoffmann, Külz, Lécorché, von Mehring, Minkowsky, Naunyn, Senator, von Noorden.

Eine richtige Definition dessen, was man unter der Krankheit, die wir allgemein Diabetes mellitus nennen, versteht, zu geben, ist sehr schwer, denn der Name Diabetes mellitus greift ja eigentlich nur ein Symptom aus dem Krankheitsbilde heraus und nimmt keine Rücksicht auf die Ursachen und das Wesen der Sache. Da wir nun aber beim Diabetes mellitus in der schwierigen Lage uns befinden, das Wesen der Krankheit noch gar nicht zu kennen, so haben wir entschieden einstweilen noch die Berechtigung, die Krankheit nach dem für uns wichtigsten Symptom zu benennen. Prof. v. Noorden schlägt folgende Definition vor: „Unter Diabetes mellitus versteht man eine Krankheit, bei der die Tätigkeit des Organismus — Traubenzucker zu verbrennen, krankhaft herabgesetzt ist", und müssen wir unbedingt zugeben, dass wir mit dieser Definition dem Wesen der Krankheit und ihren sämtlichen Erscheinungen noch am nächsten kommen. Doch ist es wichtig hinzuzufügen, dass die mangelhafte Verbrennung, resp. Ausnutzung des

[1]) v. Noorden: Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung Berlin 1091. Verlag von August Hirschfeld.

Digitized by Google

Traubenzuckers in dem Organismus eine längerdauernde sein muss, denn für eine alimentäre Glykosurie, wie sie zuweilen nach übermässigem Genuss von Zucker, bei Gehirnverletzungen und Vergiftungen vorkommt, passt der Name „Diabetes mellitus" nicht [2]).

Ueber die Pathologie, pathologische Chemie und Aetiologie des Diabetes ist sehr viel geschrieben und geredet worden; die hervorragendsten Aerzte aller Länder haben sich angelegentlichst mit diesen Fragen durch Experimente, klinische Beobachtungen und theoretische Erörterungen beschäftigt — und doch haben alle diese Bemühungen bis jetzt uns der Erkenntnis über Ursache und Wesen der Krankheit nicht sehr viel näher gebracht. — Diese Untersuchungen haben aber viele interessante und wichtige Tatsachen zu Tage gefördert, die immerhin einen wesentlichen Fortschritt in der Lehre vom Diabetes bedeuten.

Ich möchte dabei speziell hinweisen auf die Experimente, von v. Mehring und Minkowsky an Hunden ausgeführt, bei denen sie durch vollständige Exstirpation des Pankreas einen schweren Diabetes hervorriefen, der die Tiere nach wenig Wochen tötete [3]). Dass das Pankreas beim Diabetes eine sehr wichtige Rolle spielt, ist wohl offenbar, doch sind die Beziehungen, die zwischen dem Pankreas und dem Zuckerhaushalt des Organismus bestehen, durchaus nicht an die Funktion des Pankreas gebunden, wenigstens beim Hunde nicht, denn durch Ableitung des Saftes nach aussen oder durch Absperrung desselben vom Darm entsteht kein Diabetes.

Diese und noch andere Versuche, die ich hier übergehe, sind gewiss sehr interessant, doch sind die Resultate noch zu sehr vieldeutig und oft widersprechend. Eine feste Theorie kann man darauf nicht bauen, obgleich es vielfach versucht worden ist, besonders von französischen Autoren.

Was die pathologische Chemie und den Stoffwechsel im Diabetes betrifft, so gehe ich darüber hinweg, da das nicht im Rahmen meines Themas liegt und verweise die Interessenten auf die Werke, die in letzter Zeit darüber geschrieben sind, z. B. von Mehring, Hirschfeldt...., vor allem auf das klassische Werk von Prof. von Noorden, in dessen zweiter Auflage besondere Rücksicht auf die Acetonkörper (Oxybuttersäure, Acetessigsäure und Aceton) genommen wird, die, namentlich in den Extremen ihres Auftretens für die Prognose der einzelnen Fälle von grosser Bedeutung sind. — Von den mannigfaltigen Komplikationen des Diabetes sind vor allen Dingen die Erkrankungen des Verdauungstraktus zu nennen, welche für die Prognose sehr wichtig sind, da der Diabetiker unbedingt einen starken Magen und Darm braucht, um die Aenderung in der Diät dauernd gut ertragen zu können. Noch mehr verschlimmern die Prognose Erkrankungen der Lunge und wissen wir wohl alle, dass ein grosser Teil der Diabetiker an schnell verlaufender Lungentuberkulose zugrunde geht. — Von weiteren Komplikationen wird fast von allen Autoren frühzeitig eintretende Arteriosklerose hervorgehoben und hat hierbei die zuerst von Fleiner ausgesprochene Ansicht, dass zuweilen die Arteriosklerose, zumal auf syphilitischer Grundlage, das primäre Leiden ist, welches erst später durch Ernährungsstörungen im Pankreas oder im Nervensystem zu Diabetes führt, recht viel für sich, denn gerade die beim Diabetes häufigeren Erkrankungen des Pankreas, wie Nekrose, chronisch-interstitielle Entzündungen, Atrophie etc., können leicht aus Endarteriitis hervorgehen.

Von Wichtigkeit sind beim Diabetes auch die mannigfachen Veränderungen am Auge, von denen — bei gut geleiteter Therapie — mit Abnahme der Zuckerausscheidung ein grosser Teil noch gebessert, resp. geheilt werden kann.

Die Komplikationen von seiten des Nervensystems sind ebenfalls sehr mannigfaltig. Man beobachtet sowohl psychische Störungen, als auch andere schwere Nervenleiden, zentrale sowohl wie periphere. — Ein grosser Teil der Diabetiker ist neurasthenisch. Die Furcht vor der Krankheit und ihren Folgen, vor frühzeitiger Erwerbsunfähigkeit und vor dem Tode, die Sonderstellung in Essen und Trinken, die Furcht vor diätetischen Fehlern und deren Folgen, sowie im allgemeinen der seelische und körperliche Konflikt zwischen der Leistungsfähigkeit und den Ansprüchen des Lebens geben wohl die Hauptursache zur Neurasthenie ab. — Eine besondere Art der schweren nervösen Störungen, welche dem Diabetes speziell eigen ist, ist das Coma diabeticum, welches jetzt allgemein auf eine Intoxikation des Zentralnervensystems zurückgeführt wird. Was die Entstehung des Komas anbetrifft, so existieren darüber bis jetzt nur Hypothesen, von welchen diejenige, die das Koma auf Säurevergiftung (Acidose) beruhend annimmt, wohl am meisten für sich zu haben scheint. Näher darauf einzugehen, verbietet mir die Zeit. — Die anderen Komplikationen des Diabetes übergehe ich, da sie mehr untergeordneter Natur sind.

Bevor ich auf die allgemeine Therapie des Diabetes übergehe, möchte ich etwas bei der Diagnose und Prognose verweilen.

M. H. Die Diagnose des Diabetes ist eine der leichtesten in der ganzen Medizin; sie verlangt eine einfache chemische Analyse des Harns und steht dann bombensicher da. Und doch müssen wir zugeben — die Diagnose wird leider nicht selten nicht gestellt aus dem einfachen Grunde, weil die Analyse unterlassen wurde. Das ist sehr traurig, aber wahr. Dort nun Abhülfe zu schaffen, tut Not.

Solche Fälle, wie sie häufig passieren, dass bei einer ganz zufälligen Analyse zum Zweck der Lebensversicherung oder der Aufnahme ins Militär Zucker entdeckt wird, dürften eigentlich nicht mehr vorkommen, oder doch nur zu den allerseltensten gehören. Ganz aufhören werden sie natürlich nicht, da wir ja niemanden zwingen können, sich an den Arzt zu wenden, wenn er sich verhältnissmässig wohl fühlt... Allein in den Häusern, in denen ein Hausarzt existiert, bei Patienten, die sich hin und wieder an einen Arzt wenden, — hier müssen wir soweit kommen, dass kein Fall von Diabetes längere Zeit hindurch unentdeckt bleibt, wie das jetzt noch so häufig geschieht. Es ist doch entschieden besser, 50 oder gar 100 negative Analysen zu machen, als eine positive auszulassen. — Der Diabetes, besonders der in milder Form, bietet oft lange Zeit hindurch fast gar keine deutlichen Symptome, sogar der vermehrte Durst und die Polyurie können fehlen, — doch treten häufig andere chronische Erscheinungen auf, die wir auf Affektionen des Nervensystems, des Verdauungstraktus etc. zu beziehen pflegen und auch demgemäss behandeln. In allen diesen Fällen sollten wir nie die Analyse des Harns unterlassen. Wenn wir das befolgen, so werden wir erkennen, dass es doch mehr Diabetiker giebt, als wir bisher gedacht und durch die frühgestellte Diagnose wird es uns möglich sein, das Leben manches Menschen um Jahre oder Jahrzehnte bei vollkommener oder nahezu vollkommener Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu erhalten, der sonst in kurzer Zeit an der Krankheit selbst oder ihren Komplikationen zugrunde gegangen wäre. Ich kenne selbst Fälle, bei denen die Diagnose — trotz be-

---

[2]) v. Noorden: Die Zukerkrankheit.

[3]) v. Mehring: Handbuch der spez. Pathologie und Therapie.

Digitized by Google

stimmt schon langdauernder Krankheit — erst im Koma, kurz vor dem Tode gestellt wurde. — Was die Zuckeranalysen betrifft, so sind die bekanntesten die Trommer'sche, die Fehling'sche und die Wismuthprobe mit dem Nylander'schen Reagens. Alle drei geben im allgemeinen gute Resultate, doch lassen die beiden ersten bei einem Zuckergehalt von weniger als 0,2 pCt. häufig im Stich. Viel genauer ist die Wissmuthprobe, die selbst Spuren von Zucker noch anzeigt. Hierbei muss nun aber erwähnt werden, dass mitunter im Harn Substanzen vorkommen, welche ebenso wie der Zucker eine Reduktion herbeiführen, wie z. B. die Sulfhydrylgruppen (SH), dann Stoffe, welche sich mitunter nach Gebrauch einiger Arzneimittel im Harn finden. Nach reichlichem Spargelgenuss tritt ebenfalls zuweilen eine Reduktion ein. Daher ist es mitunter notwendig — besonders wenn man noch Spuren nachweisen will — die Phenylhydracinprobe anzuschliessen, welche in jedem Falle ganz einwandfreie Resultate giebt.

Zur quantitativen Zuckerbestimmung stehen uns viele Wege und Apparate zur Verfügung. Am schnellsten geht und am einfachsten ist die Bestimmung mit dem Polarisationsapparat. Doch leidet diese Methode für den praktischen Arzt hauptsächlich an dem Uebelstande, dass die Apparate sehr teuer sind. Ein guter Halbschattenapparat kostet über 400 Mark. Neuerdings werden von der Firma Leitz in Wetzlar Polarimeter in den Handel gebracht, welche die Form von Mikroskopen haben, auch die Beleuchtung ist dieselbe wie beim Mikroskop, daher sehr einfach zu handhaben. Diese Apparate sind viel billiger, sie kosten etwa 100 bis 110 Mark, doch muss der Untersucher, welcher diese Apparate benutzen will, ein sehr feines Farbenunterscheidungsvermögen haben, um Irrtümer zu vermeiden, welche zuweilen einige Zehntel Procent betragen können. Aus diesem Grunde sind die Apparate eigentlich nicht zu empfehlen. — Im allgemeinen wird der praktische Arzt auf die Gährungsprobe angewiesen sein, welche etwas Zeit in Anspruch nimmt, doch sehr gute und sichere Resultate giebt. Die bekanntesten und gebräuchlichsten Saccharometer sind die von Einhorn und von Lohnstein. Ersterer kann bei einem Zuckergehalt von weniger als $^1/_4$ pCt. kaum benutzt werden, da die Resultate dann zu ungenau sind. Sehr brauchbar ist der Lohnstein, mit welchem man noch weniger als $^1/_{20}$ pCt. genau bestimmen kann.

Viel benutzt von vielen Aerzten ist die Methode mit der Bestimmung des spezifischen Gewichtes vor und nach der Vergährung des Zuckers, doch muss man dafür sorgen, besonders bei geringem Zuckergehalt, dass keine Verdunstung der Wasserteile des Urins eintritt, widrigenfalls die Resultate nicht zu gebrauchen sind.

Zum Nachweis der Acetonkörper genügt für den praktischen Arzt die Gerhardt'sche Reaktion mit Eisenchlorid, die die Anwesenheit von Acetessigsäure anzeigt. Fällt diese negativ aus, so kann es sich nicht um erhebliche, resp. bedenkliche Mengen von Aceton handeln. Die Empfindlichkeit der Reaktion kann durch Ausschüttelung mit Aether noch wesentlich erhöht werden. Doch ist es wichtig zu wissen, dass eine Reihe verschiedener Stoffe, welche in den Harn übergehen, ebenfalls die Färbung mit Eisenchlorid giebt, so besonders Salicylsäure, Antipyrin, Aspirin etc.

Genauer als die Gerhardt'sche Methode ist die Reaktion von Riegler mit Jodsäurelösung und Chloroform, (15 ccm. Harn, 2 ccm. Jodsäurelösung (10 pCt.) 2—3 ccm. Chloroform), welch letztere kürzlich von Lindemann in München noch modifiziert resp. verbessert worden ist, der den Harn mit Essigsäure ansäuert und mit Lugolscher Lösung und dann mit Chloroform ausschüttelt. Bei Gegenwart von Acetessigsäure wird der Chloroformauszug nicht gefärbt, während er sonst durch freies Jod rot wird (10 ccm. Harn, 5 gtts verdünnte Essigsäure (30 pCt.), 5 gtts Lugolsche Lösung, 2 ccm. Chloroform).

Was die Prognose des Diabetes betrifft, so haben sich unsere Anschauungen in den letzten Decennien sehr wesentlich geändert. Wenn wir in älteren Handbüchern, wie z. B. im grossen Werk von Kunze, lesen: Der Diabetes ist eine Krankheit, welche fast ausnahmslos in 1—3 Jahren zum sicheren Tode führt, so wissen wir jetzt, dass das ganz und gar nicht stimmt. Dabei dürfen wir aber nicht vergessen, dass sich diese Anschauungen vor allem auf die Beobachtungen in grossen Krankenhäusern mit Patienten, die fast ausnahmslos aus dem Proletariat stammten, beziehen, — und für diese passt die schlimme Prognose z. T. noch augenblicklich. Der Diabetes ist aber eine Krankheit, die vorherrschend die besser situierten Gesellschaftskreise betrifft, die für ihre Gesundheit viel mehr tun können als die Proletarier und bei diesen ist die Prognose schon aus diesem Grunde eine viel günstigere, denn wesentlich von der Therapie hängt die Prognose ab und diese ist im allgemeinen kostspielig und zeitraubend. Ein armer Mann kann sich den Luxus eines Diabetes eigentlich nicht erlauben, — der bleibt vorbehalten für die wohlhabenden Leute.

Neben verschiedenen anderen ist für die Prognose ferner ausschlaggebend die Form der Glykosurie und das Alter des Patienten. Es ist eine bekannte Tatsache, dass Kinder und jugendliche Personen viel mehr gefährdet sind als ältere Leute. Der schwere Diabetes der Kinder kennt keinen Pardon.

Ich komme jetzt zur Behandlung des Diabetes. Wenn der Grundsatz fest besteht, dass der Arzt niemals Krankheiten, sondern kranke Menschen zu behandeln hat, so gilt das ganz besonders für die Diabetestherapie. Kollegen, die viel Diabetiker behandelt haben, betonen immer wieder aufs neue und mit Recht, dass kaum ein Fall dem anderen entspricht. — Der Arzt, der nach gestellter Diagnose dem Patienten eine vorherrschende Fleisch-Fettdiät mit Beschränkung, resp. Vermeidung der Kohlenhydrate verordnet und den Kranken mit dieser Verordnung nach Hause entlässt, hilft dem letzteren im allgemeinen nicht sehr viel, ja, oft schadet er ihm direkt. Gar mancher wird freilich dadurch gebessert und sein Leben verlängert, doch kommt nur zu häufig keine Besserung, kein Wohlbefinden dadurch zustande. Auf kurze Zeit vermindert sich vielleicht die Zuckerausscheidung, um dann wieder zuzunehmen und zum sicheren baldigen Tode zu führen. — Die Behandlung muss durchaus eine dauernde sein, der Diabetiker muss stetig unter Aufsicht des behandelnden Arztes sich befinden, welcher die Form der Krankheit genau studieren muss, um die richtige Therapie einzuleiten, welche immer eine durchaus individuelle sein und bleiben muss. Viel viel besser ist in jedem Falle ein Aufenthalt von mindestens einigen Wochen in einer festen Anstalt, wo die Form der Krankheit, sowie die Toleranz des Patienten gegen die verschiedenen Nahrungsmittel festgestellt werden, — doch komme ich nachher noch genauer darauf zurück.

Bei Besprechung der allgemeinen Diabetestherapie müssen wir uns zunächst fragen: können wir bei Diabetikern überhaupt eine aetiologische Therapie einleiten? Können wir die Ursache der Krankheit und mit ihr die Krankheit selbst beseitigen? Leider müssen wir diese Fragen verneinen. Abgesehen von den wenigen Fällen, wo der Diabetes als Ursache eine schwere Neurasthenie oder eine organische Nervenkrankheit hatte, mit deren Wegräumung er auch selbst beseitigt werden konnte, sind wir durchaus nur auf eine symptomatische Therapie angewiesen. Eine Ausnahme machen freilich noch einige wenige Fälle von Diabetes auf syphilitischer Grundlage, sowohl cerebrale Erkrankungen als auch syphilitische

Digitized by Google

Pankreaserkrankungen. Hier wird von mehreren Autoren von vollständiger Heilung durch Quecksilber und Jod berichtet. Andere Autoren jedoch bestreiten wieder die günstigen Wirkungen und beziehen sie auf die gleichzeitige sehr energische diätetische Behandlung. Wieder andere warnen direkt vor Quecksilbergebrauch, da sich häufig fatale Komplikationen anschliessen sollen. Jedenfalls ist diese ganze Frage noch garnicht geklärt.

Als die Organotherapie bei verschiedenen Krankheiten stark hervortrat, fing man an den Diabetes mit Pankreaspräparaten zu behandeln, in der Annahme, dass das Pankreas vermöge seiner Sekretion einen zur normalen Zuckerverbrennung notwendigen Stoff liefere. Die Resultate sind aber wenig erfreulich, wirkliche Heilerfolge wurden nie erzielt, einige Autoren melden von vorübergehenden Besserungen. Von Noorden hat an zehn Kranken bei gleichbleibender Kost mit Pankreaspräparaten Versuche angestellt, ohne den geringsten günstigen Einfluss auf die Glykosurie zu beobachten. Mehrere Male traten dabei erhebliche Verdauungsstörungen auf. Man hat jetzt diese Therapie als nutzlos aufgegeben, ebenso die Behandlung mit anderen Organextrakten und Fermenten wie Thyreoidintabletten, Nebennierenextrakten, Leber- und Muskelextrakten u. s. w.

Unter den vielen Medikamenten, welche gegen den Diabetes gebraucht wurden, steht das Opium mit seinen Derivaten obenan. Naunyn und von Noorden empfehlen es besonders für die Fälle, wo durch Entziehung der Kohlenhydrate der Harn nicht ganz zuckerfrei geworden, zur Beseitigung der letzten Zuckerspuren. Beide Autoren geben aber zu, dass das Opium oft vollständig versagte und warnen direkt vor längerem Gebrauch, besonders da man mit kleinen Dosen (0,2—0,4 pro die) nichts Brauchbares erreiche und mit grossen dem Gesamtorganismus erheblich schade. — Aehnlich dem Opium wirkt das Syzygium Jambulanum von E. Merck in Darmstadt; es ist ein unschädliches Mittel und kann lange Zeit hindurch genommen werden. Einen wesentlichen Einfluss hat es aber auch nicht, ebenso wie die Salicylsäure, Aspirin, Sublimat, Jodsalze, Chinin, Eisen, Arsen und schliesslich das ganze Heer von Geheimmitteln, mit welchen den Patienten das Geld aus der Tasche herausgelockt wird. Sie werden alle mit Einhaltung einer gewissen Diät empfohlen und da ist es eben die Diät, welche wirkt. — Eine grosse und wichtige Rolle in der Diabetestherapie nimmt die Behandlung mit Mineralwässern ein. In Betracht kommen da besonders 1) einfache alkalische Wässer, wie Neuenahr, Vichy, Salzbrunn, 2) alkalisch sulfatische Wässer, vor allem Karlsbad, dann auch Marienbad, Tarasp, 3) Kochsalzquellen wie Homburg, Kissingen und andere. — Tatsache ist, wie fast alle Autoren bezeugen, dass bei vielen Diabetikern durch die genannten Trinkkuren, verbunden mit passender Diät, geeigneter körperlicher Bewegung, Entfernung von häuslichen Sorgen u. s. w. die Toleranz für Kohlenhydrate bedeutend steigt. Dieselben Mineralwässer, zu Hause getrunken, wirken nach einigen Autoren, wie Senator, von Mehring, garnicht auf die Glykosurie ein, nach Külz und von Noorden haben dieselben, besonders wenn sie warm getrunken werden, doch mitunter einen günstigen Einfluss.

Nach von Noorden sieht man die besten Erfolge durch Trinkkuren bei Patienten mit sehr leichter Glykosurie in mittleren und höheren Lebensjahren mit gleichzeitiger Neigung zu Gicht, Nierensteinen, Fettleibigkeit oder mit leichten Zirkulationsstörungen, — doch muss der Ernährungszustand ein guter sein. Patienten im Greisen-, Kinder- und Jünglingsalter zur Kur in diese Orte zu schicken, hält er für geradezu gefährlich. Albuminurie, sowie Komplikationen mit ausgesprochenen Herzschwächezuständen, ernstere neurasthenische Zustände kontraindizieren Karlsbad und Marienbad durchaus. — Während des Gebrauches der Mineralwässer dürfen wirkliche strenge Diätkuren nicht durchgeführt werden, widrigenfalls die ganze Kur eher zum Schaden als zum Nutzen des Patienten ausfällt. Das ist ein Grundsatz, der fast bei allen Aerzten, welche sich speziell mit der Behandlung von Diabetikern befassen, feststeht. Ich bitte mich dabei nicht misszuverstehen, — eine gewisse Diät muss natürlich eingehalten werden, jedoch verbieten sich von selbst die sehr strengen Diätkuren, wie etwa solche zur Feststellung der Toleranz und zur forcierten Entfernung der letzten Zuckerspuren bei sehr hartnäckigen Fällen.

(Schluss folgt.)

Referate.

S. E. Henschen: Ueber die Eheschliessung vom Standpunkt der Hygiene und des Arztes (schwedisch). Hygiea 1904, S. 1067.

Verf. geht näher auf die Fragen ein: Wie wirkt die Ehe auf Krankheiten und umgekehrt, welche Gefahren bedingt die Krankheit für die Familie, sowohl körperlich als ökonomisch. Er schlägt schliesslich folgende Massnahmen vor. 1) Einführung eines obligatorischen Unterricht in den Schulen über die Geschlechtsfunktionen sowie über die wichtigsten venerischen Krankheiten und die durch dieselben bedingten Gefahren. 2) Die Einführung eines obligatorischen aber nicht qualifizierten Attestes über eine stattgehabte ärztliche Untersuchung als Bedingung der Eheschliessung und 3) Die Einführung geeigneter Strafbestimmungen für solche Personen, die wissentlich eine andere durch Koitus der Gefahr einer venerischen Krankheit aussetzen oder gar sie anstecken.

Buch.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Ernst Ziegler: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie. I Band. Allgemeine Pathologie. Jena, Fischer 1905.

Die soeben erschienene 11. Auflage des I. Bandes dieses allbekannten Werkes ist durchgehend neu bearbeitet worden und spiegelt die schnelle Entwickelung der Pathologie wieder. Vergleicht man den ersten Band der III. Auflage dieses Werkes mit seinen 382 Seiten und 129 Holzschnitten mit dem vorliegenden, 810 Seiten und 604 Abbildungen enthaltenden, so darf man vom vergrösserten Umfang direkt auf die rapide Fortentwickelung der Pathologie in den letzten 20 Jahren Rückschlüsse ziehen. Ganze grosse Kapitel sind dazugekommen, eine Menge neuer Begriffe und Anschauungen neuentstanden, viele Gebiete enorm ausgebaut und erweitert. Den Besitzern der alten Auflagen dieses Buches ist die Anschaffung der neuen Auflage unerlässlich, wollen sie anders auf dem grundlegenden Gebiet der allgemeinen Pathologie nicht zurückbleiben. Ein näheres Eingehen auf den Inhalt des Buches verbietet sich von selbst. Jeder Arzt, welche Spezialität er auch pflegen möge, muss selbst darin lesen und studieren. Hervorgehoben sein mögen nur die Forschungsergebnisse über die pathogenen Mikroorganismen — (Spirochäten, Malariaparasiten, Trypanosomen, Agglutinine, Präcipitine, Cytolysine, Hämolysine, Bildung von antitoxischen und baktericiden Gegengiften) — wie auch über die Aetiologie, Genese und den Bau der Geschwülste. Zahlreiche Literaturangaben ermöglichen dem Leser ein noch eingehenderes Studium jeder Frage.

Die Ausstattung des Buches ist tadellos.

W. Beckmann.

Digitized by Google

A. Schanz: Fuss und Schuh. Eine Abhandlung für Aerzte, Schuhmacher und Fussleidende. Stuttgart. Enke. 1905.

Die kleine Brochüre verdankt ihre Entstehung einem Vortrag, den S. der Dresdener Schuhmacherinnung gehalten hat. Nach einer Besprechung der Forderungen, die an ein gutes Schuhwerk gestellt werden müssen, behandelt Verf. eingehend die Beschwerden, welche schlecht sitzende und unzweckmässige Stiefel hervorrufen, — besonders Plattfussbeschwerden. Im Gegensatz zu der jetzt wohl meist verbreiteten Ansicht über die Entstehung des Hallux valgus durch enge Stiefelspitzen, glaubt S., dass dieses Leiden nur in den seltensten Fällen auf die Stiefel zurückzuführen sei. Dem entsprechend ist er der Ansicht, dass «nicht die gestreckten, sondern die leichtgekrümmten, eingeschlagenen Zehen die normal geformten sind». Bei Plattfussbeschwerden muss der Stiefel «festsitzen, eine feste Kappe haben und einen Absatz». Im Notfall muss eine individuell geformte Einlage in den Stiefel gelegt werden.

Es wäre zu wünschen, dass nicht nur das Publikum, sondern vor allem die Aerzte die Unzweckmässigkeit der modernen Stiefel einsehen lernen. Von den Schustern kann man nicht den Ausgang der Reform erwarten.

M.

Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik. Von Dr. Carl Zarniko in Hamburg. Zweite vollkommen neubearbeitete Auflage. II. Hälfte. Berlin 1905. Verlag von S. Karger. Preis M. 11.20.

Beim Erscheinen der I. Hälfte dieses Buches hatten wir bereits Gelegenheit gehabt unsere Leser auf die Vorzüge desselben aufmerksam zu machen. Der vorliegende 2. Teil des Buches enthält die spezielle Pathologie und Therapie. Verfasser teilt dieselbe in 1. Erkrankungen der Nase und des Nasenrachens und 2. — der Nebenhöhlen. Im ersten Abschnitte giebt Verf. eine vollständige und überaus klare Darstellung der Missbildungen, Formfehler und äusserlichen Traumen der Nase, der Erkrankungen des Naseneinganges, der akuten, chronischen und der mit Atrophie einhergehenden Entzündungen der Nasenschleimhaut, der infektiösen Granulome (Tuberkulose, Syphilis, Rotz, Lepra, Sklerom), einiger circumskripten Entzündungen, des Nasenblutens, Fremdkörper und Nasensteine. Neubildungen der Erkrankungen der Rachenmandel und der Neurosen. Im zweiten Abschnitte werden die Entzündungen und Neubildungen der Nebenhöhlen besprochen. Wie die I. Hälfte zeichnet sich auch die II. Hälfte des Werkes durch seine vorzügliche und prägnante Darstellungsweise aus. Zahlreiche, wohlgelungene Abbildungen von Präparaten und Instrumenten illustrieren den Text und tragen sehr viel zum besseren Verständniss desselben bei. Ueberall ist auch die umfangreiche Literatur berücksichtigt. Zarniko's Werk ist eine wesentliche Bereicherung der rhinologischen Literatur und kann jedem Arzte und Studenten nur bestens empfohlen werden. Beide werden in ihm einen überaus verlässlichen Wegweiser finden.

A. Sacher.

W. Nagel: Gynaekologie für Aerzte und Studierende. Berlin 1904. Verlag von Fischer.

Nagel legt in seinem Werk, das in zweiter Auflage erschienen ist und in erster Linie dem Bedürfnis des in die allgemeine Praxis eintretenden Aerztes gerecht zu werden sucht, seine Hauptbetonung auf den anatomischen Teil und die Diagnostik. Ersterer wird einleitend in jedem Kapitel ausführlich beschrieben und durch eine Reihe wohl gelungener Abbildungen illustriert. Auf die operative Behandlung wird weniger genau eingegangen, nur in Kürze werden die gangbarsten Operationsverfahren beschrieben und durch eine Reihe vorzüglicher und anschaulicher Tafeln verständlich gemacht. Der Stoff ist klar und übersichtlich angeordnet und wird das Buch jedem Praktiker Belehrung und Anregung verschaffen.

Lingen.

Arneth: Die Lungenschwindsucht — auf Grundlage klinischer und experimenteller hämatologischer Untersuchungen. Leipzig. 1905. J. A. Barth. Preis M. 4.—

A. betont seit Jahren in einer Reihe von Arbeiten, denen sehr eingehende und zeitraubende Untersuchungen zugrunde liegen, die Bedeutung der Kernmorphologie der neutrophilen Leukozyten. Er teilt diese Zellen nach der Zahl ihrer Kernfragmente in 5 Klassen, ausgehend von dem Satze, dass das Alter der Leukozyten mit der Anzahl der Kerne resp. der Kernschlingen zunimmt und sie dadurch leistungsfähiger im Kampfe mit den den Organismus gefährdenden Schädlichkeiten werden. Er hat nun bei einer Anzahl Tuberkulöser diese Kernverhältnisse studiert, speziell auch unter dem Einfluss der Tuberkulininjektionen und unter Hinzuziehung von Kaninchenexperimenten, die ihm eine Bestätigung der am Menschen gefundenen Resultate gaben. Er kommt zu einer Empfehlung der Serotherapie und ist der Ansicht, dass seine Blutuntersuchungen Schlüsse auf Prognose und Anhaltspunkte für die Art der Behandlung zu liefern imstande sind.

Die Ausführungen des Verf. sind in vielen Punkten sehr interessant und wären von grosser Bedeutung, wenn ihnen ein grosses, einwandfreies Material zugrunde läge. Bei der ungeheuer zeitraubenden Untersuchungsart ist es nun leider dem einzelnen nicht gut möglich, eine wirklich beweisende Zahlenreihe zusammen zu bringen, besonders da das «Post und Propter» bei derartigen Blutveränderungen kranker Individuen oft genug schwer auseinander zu halten ist.

Jedenfalls ist jede Förderung unserer hämatologischen Kenntnisse dankenswert und wird man die Arbeiten des Verf. im Auge behalten müssen.

O. Moritz.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 10. Mai 1905.

Vorsitzender: Blessig. — Sekretär: Voss.

1. Heuking macht einige ergänzende Mitteilungen zu seinem in der letzten Sitzung gehaltenen Vortrag: Ueber kriegschirurgische Beobachtungen.

Diskussion:

Fick: Wie verhält es sich mit der Deformierung der Geschosse?

Ich habe neulich ein klein-kalibriges Projektil extrahiert dessen Spitze umgebogen war, es hatte das untere Ende der Tibia getroffen. Die bindegewebige Kapsel um das Geschoss war mit trübserös-flockiger Flüssigkeit gefüllt, die an tuberkulösen Eiter erinnerte.

Petersen: Zur Zeit des russ.-türkischen Krieges gehörten Oberschenkelschüsse mit Fraktur zu den schwersten Verletzungen, die sehr häufig zu allgemeineitrigen Erkrankungen führten.

Fick hat unter 6 Offizieren 4 mit Verletzungen der peripheren Nerven gesehen, die zu hartnäckigen Neuritiden und Neuralgien führten, selten zu Lähmungen.

Blessig fragt, ob die 2 Fälle doppelseitiger Erblindung durch quere Orbital- oder Schädelschüsse mit basalen Fissuren hervorgerufen waren?

Voss kann im allgemeinen die Erfahrungen des Vortragenden nur bestätigen. Auch ihm ist die relative Leichtigkeit, mit der die schwersten Verletzungen überwunden werden, stets aufgefallen. So ist ihm ein Fall vorgekommen, wo ein japanisches Gewehrprojektil dem liegenden Soldaten in die linke Fossa supraclavicularis eingedrungen war, (die Brust- und Bauchhöhle durchschlagen hatte und oberhalb der r. Lig. Poupartii den Körper verlassen hatte. Nach 3 Wochen waren keinerlei objektive Störungen nachweisbar, doch klagte der Pat. über diverse Schmerzen.

Heuking (zu Blessig): Es waren Schädelverletzungen in der Gegend der Proc. zygomatici, augenscheinlich keine Basisbrüche, da sonst wohl auch andere Nerven partizipiert hätten.

(zu Fick): Deformierungen kommen zweifellos vor, doch handelt es sich dann meines Erachtens um Aufschläger-rikoschettekugeln. Wie weit sich die Kugel im Körper selbst verändert, kann ich nicht sagen.

(zu Petersen): In meinem Hospital gab es eine ganze Reihe von Schussfrakturen des Oberschenkels, unter ihnen auch mehrere Splitterfrakturen. Die meisten von ihnen heilten jedoch ganz in der Weise der subkutanen Frakturen. Eiterungen gab es wenig. In einzelnen Fällen dieser Art hat Kollege Brackel (Nikolsk-Ussurisk) eine Excision der ganzen frakturierten Knochenpartie vorgenommen, und zwar wie es scheint, mit gutem Erfolge.

Digitized by Google

2. O. Moritz: Ein Spirochaetenbefund bei schwerer Anämie und karzinomatöser Lymphangitis (als vorläufige Mitteilung erschienen in Nr. 20, der «St. Pet. med. Wochenschrift».)

Diskussion:

Westphalen: Der Vortr. ist in seiner Deutung sehr vorsichtig, ich möchte vermuten, dass es sich um eine Konkurrenz gewisser Ursachen gehandelt. Ein direkter Zusammenhang des (karzinomat.) Magenulcus mit der Lungenaffektion ist sehr möglich, ebenso könnten Metastasen im Knochenmark vorhanden gewesen sein. Daneben wäre eine intestinale Infektion durch Spirochaeten anzunehmen, worauf auch die Leberveränderungen hindeuten können.

Wladimiroff: Als Dr. Moritz mir zum ersten Male seine Spirochaeten demonstrierte, glaubte er ihnen keine besondere Bedeutung beimessen zu dürfen und war geneigt sie nur als einen zufälligen Befund zu betrachten, der mit dem übrigen wirren Krankheitsbilde in keinem kausalen Zusammenhange steht. Gegenwärtig im Lichte der neuen Entdeckungen Schaudinn's erscheinen diese Spirochaeten doch recht bedeutungsvoll und man ist versucht, in ihnen den Schlüssel für alle an dem Patienten beobachteten Erscheinungen zu suchen.

Schaudinn hat es mehr als wahrscheinlich gemacht, dass die Spirochaeten nicht eine typische Wuchsform darstellen, sondern nur eine der Umwandlungsformen gewisser Protozoen sind. Nehmen wir nun an, dass in dem Falle von Moritz eine Protozoeninfektion vorlag, so würden die Veränderungen im Blute (welches ja nicht auf Parasiten untersucht worden ist) sich zwanglos erklären. Die Herde in der Leber würden ebenfalls damit im Einklange stehen, denn, wie die in meinem Laboratorium von Neporoshny ausgeführten Untersuchungen gezeigt haben, kommt es auch bei Trypanosomeninfektionen in der Leber zu umschriebenen Nekrosen, deren Umgebung pathologische Karyokinese aufweist. Die Alterationen des Darmtraktus und des Knochenmarkes stehen sehr wahrscheinlich mit den Spirochaeten in kausalem Zusammenhang, denn gerade hier hat ja Dr. Moritz die Spirochaeten nachgewiesen. Und was die Neubildungen in der Lunge anbetrifft, so liegt es nur zu nahe, falls es sich erweisen sollte, dass die Schaudinn'schen Spirochaeten wirklich die Ursache luetischer Neubildungen sind, auch den Moritz'schen Spirochaeten eine analoge neoplastische Bedeutung beizumessen. Morphologisch unterscheiden sich die Spirochaeten dieses Falles wesentlich von denen, welche in der Arbeit von Schaudinn und Hoffmann abgebildet sind und welche ich dieser Tage bei Dr. Zabolotny gesehen habe. Abgesehen von ihrer offenbar grösseren Affinität zu Farbstoffen, sind sie kürzer und dicker, haben keine fein ausgezogenen Enden und machen den Eindruck, als ob ihr Leib nicht walzenförmig, sondern bandartig gebaut und zu einer sehr regelmässigen Spirale gewunden ist.

(Autoreferat).

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1419. Sitzung vom 20. April 1905.

Vor der Tagesordnung demonstriert:

1) Dr. Paul Klemm ein Präparat; es handelte sich um ein Carcinoma recti, und noch eines, etwas oberhalb an der Flexur gelegen; der untere Rand war gerade noch mit dem Finger tastbar. Nach partieller Entfernung des Kreuzbeins wurde das Peritonäum durchtrennt, der Darm von hinten eröffnet und die erkrankte Partie reseziert; 8 cm. oberhalb fand sich ein neuer Tumor, der gleichfalls entfernt wurde; der Darm konnte bis zum After herausgezogen werden, wurde hier befestigt; da der Sphincter erhalten war, so behielt der Patient einen schlussfähigen After.

2) Dr. v. Mühlen demonstriert nachträglich zum Vortrag des Dr. Voss von der vorigen Sitzung eine Fieber-Curve, welche die Schwierigkeiten bei der Diagnose der Sinusthrombose zeigen soll und auch wie die Sinusthrombose spontan ausheilen kann. Bei der Aufnahme ins Hospital war die Temperatur 40,5 Grad; es bestand ein typisch-pyämisches Fieber, die Blutuntersuchung (von Dr. O. Klemm ausgeführt) ergab «auf der Agarplatte reichliche kleine, tropfenförmige weisse Kolonien, die auf Glyzerinagarstrich rasch zu einem speckigen Rasen auswuchsen, in Bouillon unter diffuser Färbung derselben rasch wuchsen und stets Gram — negative kleine Kokken darstellten, die in Bouillon meist zu zweien gelagert waren, ohne Kapsel; selten in Tetradenform, noch seltener in Kettchen zu vieren. Die nähere Bestimmung durch den Tierversuch musste aus anderen Gründen unterbleiben, nach 2 Tagen fiel die Temperatur, die beschickten Platten blieben steril; der Patient wurde ohne Operation gesund. Die Krankheit hatte nach einer Otitis media eingesetzt, der äussere Gehörgang war mit Borsäurepulver vollkommen verstopft worden. Die spontane Heilung sei ein Unikum.

Dr. Voss bestreitet, dass hier mit Sicherheit der Beweis erbracht worden, dass es sich um eine Sinusthrombose gehandelt habe; man bezeichnet diese Fälle ja auch in der Literatur als Pyämia ex otitide. Der Kokkenbefund bei der Blutuntersuchung kann auch auf eine einfache Infektionskrankheit zurückgeführt werden; ohne Operation und Sektion müsse die Deutung dieses Falles unentschieden gelassen werden.

Dr. v. Mühlen betont, dass die übrigen Organe alle gesund waren, was Dr. Fahrbach bestätigt

Dr. Voss: Auch die Pneumonie macht solche Kurven, wie in einem Falle, wo erst nach 3 Wochen die Pneumonie aufgedeckt wurde.

Dr. Hans Schwartz findet die demonstrierte Kurve sehr ähnlich den Kurven von Scharlachkranken bei der diesjährigen Epidemie, gerade wo sonst in den anderen Organen nichts vorgelegen hat. Meistens nach 3—14 Tagen hörte das Fieber auf. Derartige Fälle hat er während der Epidemie sehr oft gesehen. Zuerst hat er an kleine Abszesse in der Niere gedacht, doch später hat er dieses Fieber auch bei anderen Scharlachkranken gesehen, wo keine Nierenerkrankung vorlag, keine Otitis und keine Pneumonie. Eine Blutuntersuchung hat er nicht gemacht.

Dr. Mühlen hält eine Blutuntersuchung in den seinen ähnlichen Fällen für durchaus nötig; Körner habe gezeigt, dass durch die Kokken kleine Thrombosen in den periostalen Venen entstehen können, welche auch ausheilen können.

Dr. P. Klemm hat oft Nachkrankheiten von Scharlach, Streptomykosen gesehen; zuweilen wird dabei ein Depot gebildet, zuweilen auch nicht; derartige Fälle sind als eine *sekundäre* Infektion mit Streptokokken anzusehen. *In der* Corticalis der Knochen, besonders in der Nähe der Gelenke, etablieren sich oft kleine Herde, welche oft nur stecknadelgross sind, diese können ausheilen. In diesen Fällen ist die Depotbildung zu klein, so dass sie der Diagnose entgeht. Eine derartige Erklärung hält er für berücksichtigungswert in betreff der Mühlen'schen Fieberkurve.

Dr. v. Mühlen betont nochmals, dass in seinem Fall gar kein Scharlach vorgelegen hat, die Krankheit ist direkt nach einer Ohrenerkrankung aufgetreten.

Dr. Hans Schwartz: Das gehäufte Auftreten derartiger Fieberkurven habe er nur bei der diesjährigen Fieberepidemie beobachtet, in früheren Jahren nicht.

Dr. P. Klemm findet, dass es beim Typhus genau ebenso sei; in manchen Epidemien wurden keine sekundären Infektionen beobachtet, in anderen dagegen sehr häufig; dies sei auch von Fürbringer beobachtet worden.

Nach Dr. v. Hampeln beweist eine hohe Temperatur noch nicht die Schwere des Fiebers; es giebt auch einen familiaren Typus des Fiebers; die Eigenartigkeit des Individuums bestimmt oft die Kurve des Fiebers. Z. B. die Tuberkulose verläuft gewöhnlich unter der Form einer Continua, daher eine Verwechselung mit Typhus oft möglich; zuweilen jedoch auch intermittierend, wie bei der Malaria; aus einer solchen Fieberkurve folgt also nicht die Schwere der Erkrankung und die Form der Erkrankung. Hampeln hat bei Typhus oft gesehen, dass dazwischen in Jahren keine Knochenerkrankungen vorkommen, dann hat er wieder andere Epidemien mit gehäuften Knochenerkrankungen gesehen; in einer Familie erkrankten z. B. 4 Kinder mit Knochenerkrankungen; es wirken da eigenartige Momente mit, die individuelle Konstitution, und daher sei die Folge die individuelle Reaktion.

(Hampeln führt dann auch die verschiedene Wirkung einzelner Arzneimittel auf die einzelnen Individuen näher aus.)

Dr. v. Mühlen betont in seinem Schlusswort noch einmal, dass es eine ganze Reihe von Erkrankungen mit ähnlicher Fieberkurve geben könne; wenn jedoch, wie in seinem Fall, die Krankheit mit einer eitrigen Erkrankung des Ohres

Digitized by Google

begonnen hat, wenn dann die interne Untersuchung ganz negativ ausgefallen, so wird keine andere Diagnose möglich sein, als die Sinusthrombose. In der Praxis müsse man sich die Frage stellen, ob man operieren soll; hier hat das Fieber 6 Tage gedauert, nur durch einen Zufall wurde nicht operiert, denn die Spontanheilung ist nicht zu erwarten.

Pkt. I der Tagesordnung: Dr. Max Schönfeldt stellt seinen Fall von «Sklerodermie» vor, bei dem besonders schön die Sklerodactylie sowohl an den Händen als an den Füssen ausgeprägt ist; derartige Fälle sind als selten auch in den Monographien von Cassirer und Heller angegeben. In folgendem giebt Schönfeldt auf Grundlage der neuesten Literatur eine klinische Schilderung der Sklerodermie:

Bei der Sklerodermie hat die Affektion vorzugsweise ihren Sitz in der Haut, es findet eine Infiltration derselben statt; die Veränderungen treten entweder fleckweise oder strichweise auf, oder auch die Veränderung der Haut kann diffus sein. Darnach könnte man diesen Fall als eine Sklerodermia diffusa partialis bezeichnen; die Hände fühlen sich etwa wie die Hände einer Leiche an, oder wie Hände aus Holz geschnitzt. — Der Sitz der Krankheit ist im subkutanen Zellgewebe; die letzten Untersuchungen haben ergeben, dass auch die inneren Organe, Leber, Niere, Herz und Nierensystem an der Veränderung teilnehmen können; es hat sich jedoch schon einmal der Name eingebürgert. Man kann den Krankheitsprozess bei der Sklerodermie in 4 Perioden teilen: a) das nervöse Vorstadium, hier traten die Parästhesien auf, wie bei allen acro-vasomotorischen Neurosen; b) das Stadium oedematosum, anfangs in kleinen Herden, dann in grösseren Partien; c) das Stadium der Sklerosierung, die betreffenden Partien werden jetzt bretthart; d) das Stadium der Atrophie. Bei dem vorgestellten Patienten finden sich auch atrophische wellenförmige Hautstellen, die ausgesprochensten Veränderungen finden sich jedoch, wie gesagt, an den Extremitätenenden; auch dieser Kranke erkrankte zuerst mit den vasomotor. Störungen, vor etwa 2 Jahren, jetzt ist er 15 Jahre alt.

In den späteren Stadien atrophiert auch das Knochengewebe, wie das durch die Röntgenuntersuchung bewiesen worden ist (Akromikrie genannt).

Die Haut ist beim Patienten alabastern, der Kranke ist nicht mehr fähig die Faust zu machen, kann sich nicht ankleiden; der Fuss steht fest im rechten Winkel zum Unterschenkel. Die vorgeschrittenen Krankheitssymptome in diesem Falle lassen einen Zweifel an der Diagnose nicht aufkommen.

Die Pathogenese der Sklerodermie ist ganz dunkel; es sind manche Hypothesen aufgestellt worden, z. B.: 1) die toxische, weil man vielfach Kombinationen von Sklerodermie mit Morb. Basedowii, oder Sklerod. mit Akromegalie gefunden hat; man teilte dann der Thyreoidea oder Hypophysis die Rolle als Krankheitserreger zu, 2) die infektiöse Aetiologie, da man an einem Orte zuweilen mehrere Fälle beobachtet hat; weil in der Anamnese mancher Patienten heftige Gelenkschmerzen angegeben wurden. Doch können diese «gelenkrheumatischen» Schmerzen schon die ersten Manifestationen der Krankheit in den Fällen sein, wo dieselbe sich periartikulär entwickelt, 3) hat man den Lymphatikus, die vasamotor. Zentren als Sitz der Erkrankung angenommen, 4) endlich hat man die Sklerodermie als Angiotrophoneurose bezeichnet, und diese Anschauung hat wohl heute die meisten Anhänger. Die vorzugsweise Beteiligung der Endglieder, viele Symptome, welche auch bei der Syringomyelie vorkommen, alles dies spricht dafür, dass die Krankheit keine Hauterkrankung, sondern die Erkrankung des Gesamtorganismus ist.

Die Prognose ist natürlich sehr traurig, es entwickeln sich Cachexie, Ankylosen, der Thorax kann ganz unbeweglich werden, und tritt dann leicht der Tod durch interkurrente Krankheiten ein.

Durch einen Zufall hat er vor kurzem eine 27-jährige Frau gesehen, welche ebenso schwer wie der vorgestellte Patient erkrankt ist, vorzugsweise in den 4 Extremitätenenden.

Dr. Hirschberg hat in einem Fall von Sclerodermie mikroskopische Präparate gemacht; bei Färbung mit Methylenblau sah man, dass die elastischen Fasern auseinandergedrängt waren, die Haarbälge waren verschwunden; es lag eine Infiltration der Haut vor; man ist geneigt, an Degenerationszustände der Haut, wie beim Myxoedem zu denken; daher könnte eher eine Autointoxikation der Erkrankung zu Grunde liegen. Zambaco-Pascha zählt die Sklerodermie zur Lepra. Nach seiner (Hirschberg's) Ansicht würde das meiste für eine Infektion oder für eine Stoffwechselerkrankung sprechen. Das Zusammentreffen mit angioneurotischen Erscheinungen könnte man auch anders erklären, als Dr. Schönfeldt; die Gefässe sind durch das collagene Gewebe atrophiert, dadurch treten dann die bekannten Erscheinungen der Raynaudschen Krankheit auf.

Dr. M. Schönfeldt meint, dass das Auftreten der Sklerod. entsprechend den einzelnen Rückenmarkssegmenten für die nervöse Aetiologie spreche; die Gefässerkrankung ist vielleicht oft eine periphere sekundäre, indem sich natürlich eine Periarteriitis etc. im weiteren Verlauf anschliessen kann; andererseits sind primär sklerosierende Veränderungen an den Gefässen beschrieben worden, wo noch keine Veränderungen der Haut vorhanden waren, wo also keine Druckerscheinungen vorlagen.

Dr. A. Behr fasst seine Meinung über die Sklerodermie dahin zusammen, dass die Sklerodermie nur eine Form des Ausdrucks sei, dass unter diesem Namen sich viele Erkrankungen verbergen; er erinnert z. B. an den Zusammenhang mit Morbus Basedowii; in solchen Fällen tritt zuerst der Basedow auf, dann später die Sklerodermie an den Unterextremitäten, oder nach einem anderen Typus erkranken das Gesicht und die Oberextremitäten; eine 3. Reihe von Fällen sei der Schönfeldt'sche; verschiedene Momente könnten also auch verschiedene Bilder verursachen. Behr meint, dass die Aetiologie eine verschiedene sei; in einem Fall werde z. B. ein Tumor im Armplexus aufgedeckt. Die Sklerod. stellte also keine Krankheitseinheit dar, es ist nur ein Name für Erkrankungen spinaler Natur.

Dr. M. Hirschberg wirft Dr. Schönfeldt gegenüber ein, dass man bei allen Infektionskrankheiten einen segmentären Typus der Effloreszenzen beobachten könne, z. B. bei dem syphilitischen Exanthem, dass eine derartige Anordnung also gar nicht für den nervösen Charakter der Krankheit spreche.

Dr. M. Schönfeldt wiederholt in seinem Schlusswort, dass er nicht seine subjektive Meinung über die Sklerodermie ausgesprochen habe, sondern den Stand der heutigen Literatur referiert habe. Dr. Behr gegenüber betont er, dass ein Fall mit sklerodermischen Symptomen noch kein Fall von Sklerodermie sei; in dem angezogenen Fall sind durch einen chronischen Reizzustand Entzündungen der Haut hervorgebracht worden, doch ist das noch keine Sklerodermie. Dr. Hirschberg gegenüber möchte er feststellen, dass die meisten Autoren sich dafür entschieden haben, die primäre Ursache im C.-N.-System zu suchen.

Das Krankheitsbild ist jedenfalls eine nosologische Einheit.

d. Z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 23. Februar 1905.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Osolin einen Fall von plastischer Operation eines Lidwinkelkarzinoms mit Schleimhauttransplantation.

Dr. Kengsep hält seinen angekündigten Vortrag über Epidermiditis linearis migrans.

Diese seltene Hautkrankheit ist in Dorpat vom Vortragenden an einem schwächlichen Kinde, Leida K. 2 a. n., vom Februar bis zum August 1903 beobachtet worden. Anfang Januar sollen die ersten Zeichen der Erkrankung — ein roter geschlängelter Strich — bemerkt worden sein. Der Streifen ging weiter auf das Abdomen über und erzeugte Jucken. Um die Mitte des Februar war folgendes Krankheitsbild zu konstatieren: Von der rechten Glutäalgegend bis zum Epigastrium war ein anfangs blassgelber, leicht abschuppender, allmählich dunkelbraun werdender, bis zur frisch entstandenen jüngsten Stelle hin rot aussehender, ungefähr 1 Millimeter breiter Streifen zu bemerken, wie wenn die Epidermis mit einer spitzen Nadel gekratzt wäre. Der rote Streifen war leicht erhaben und verlief bald geradlinig, bald schleifenförmig, ab und zu einen Knäuel von Schlingen, gleichsam ein Nest oder einen Herd bildend. Nirgends waren Abzweigungen zu konstatieren. Die Raschheit, mit welcher der Streifen wuchs, betrug an manchen Tagen bis 10 cm. nach einem Stillstande von ca. 1 Tage im sogenannten Nest oder Herd.

Bakteriologische Impfungen auf künstlichen Nährböden und eine Hautexcision (leider nicht aus dem jüngsten Teil des

Digitized by Google

Streifens), die in Serienschnitten untersucht wurde, ergaben nur Aufschluss über die Lokalisation des Streifens in der Epidermis, nicht aber über die Ursache.

Dem Vortragenden ging es ebenso wie mehreren anderen Beobachtern, die zuerst das Krankheitsbild zu Gesicht bekamen, ohne über die einschlägige Literatur und Diagnose orientiert zu sein. Das ätiologische Moment ist wohl in einer Larve zu suchen, deren Hingehörigkeit nach den bisherigen widersprechenden Angaben aus der Literatur noch nicht konstatiert worden ist. Die Larve ist in dem Gangende des roten Streifens zu suchen. Die Krankheit nimmt ihren Anfang von den unbedeckten Körperstellen und kann sich über den ganzen Körper verbreiten. Sie befällt sowohl Erwachsene, als auch Kinder. Die meisten Erkrankungen sind im Sommer beobachtet worden. Der vorliegende Fall, sowie ein von Schmid in Graz bekannt gemachter, fallen in die Wintermonate.

Mit dem vorliegenden Fall inklusive sind bis jetzt 16 Krankheitsfälle bekannt geworden. Der erste Fall ist 1874 von Lee als «Creeping eruption» veröffentlicht worden. Nachher sind Veröffentlichungen unter verschiedenen Namen erschienen.

Croker: Creeping disease, Larva migrans.

Neumann: Neue Hautaffektion.

Samson-Himmelstjerna: Hautmaulwurf.

Kumberg: Dermatomycosis linearis migrans oestrosa.

Sokolow: Ueber ein Würmchen.

Kaposi schlägt für diese seltene Hautkrankheit die Bezeichnung Hyponomoderma — (hyponomos = Minengang) vor.

Alle diese Benennungen haben keine vollständige Berechtigung, da sie sich weder auf die Morphologie und pathologische Anatomie (Wiener Schule), noch auf die Aetiologie und Pathogenese stützen können. Der vom Vortragenden zur Diagnostik dieser seltenen Hautkrankheit vorgeschlagene Name: «Epidermiditis linearis migrans», entspricht den Anforderungen der Wiener Schule und hat somit die meiste Berechtigung auf einheitliche Benennung in der bis dahin so zersplitterten Nomenklatur.

Falls einmal die Aetiologie der Krankheit mit Sicherheit bestimmt worden ist, so könnte auch das eventuelle Epitheton hinzugefügt werden, um den Ansprüchen der ätiologischen und pathogenetischen Richtungen gerecht zu werden.

Therapeutisch war eine Resorzinsalbe wirksam. Die klinischen Erscheinungen beschreiben sowohl die ausländischen, wie die russischen Beobachter in gleicher Weise. Pathologisch-anatomisch verlegen ausser dem Referenten noch Kaposi, Kumberg, Sokolow das Krankheitsbild in die Epidermis.

Unter «Epidermiditis linearis migrans», wäre somit eine Hautkrankheit zu verstehen, die in der Epidermis einen linearen ca. 1 mm. breiten, leicht erhabenen, unregelmässig weiterschreitenden, schleifenbildenden Streifen entwickelt, der je nach der Zeit der Entstehung blassgelb, leicht abschuppend, bis blutrot, leicht erhaben ist, keine Abzweigungen macht, subjektiv sich durch Jucken kennzeichnet und deren Ursache eine in Zukunft noch näher zu bezeichnende Larve ist.

Literatur:

Lee: The Lanzet 1874 und 1884.

Croker Radcliffe: «Larva migrans», Diseases of the skin, 2. diction.

Bericht über den 2. international. dermatolog. Kongress Wien 1892. S. 114.

Kaposi: Vorstellung eines Falles von creeping disease. Wiener klin. Wochenschr. 1898.

Rille: Diskussion über die Demonstration Kaposis. Wiener klin. Wochenschr. 1898.

Csokoi: Diskussion etc. Wiener klin. Wochenschr. 1898.

Neumann: Verhandlungen des 5. Kongresses der deutschen dermatolog. Gesellschaft. 1895 und 1896.

Schmid: Mitteilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark 1900. Nr. 3.

Ehrmann: Wiener klin. Wochenschr. 1898, pg. 399.

Samson-Himmelstjerna: Wratsch 1895. Bd. 16. 1897. Archiv.

Sokolow: Wratsch, 1895.

Kumberg: ebda, 1898.

Olissow: ebda, 1897. Nr. 7.

Kuschew: Medizinsk. Obosrenje 1896, Bd. 15.

Cholodkowski: Wratsch, 1896.

Jarisch: Hautkrankheiten. Wien. 1900.

(Autoreferat).

Graubner berichtet über den Fall von Blasenektopie, den er auf der Sitzung vom 8. September 1904 demonstriert hat. Pat. war wegen eines Netzbruches in die Mellinsche Anstalt aufgenommen und sollte nach der Operation wieder vorgestellt werden. Letzteres konnte leider nicht geschehen, weil Pat. die Anstalt plötzlich verliess.

Während des Aufenthaltes vom 31. Aug.—1. Nov. 1904, wurden an der Patientin folgende Beobachtungen gemacht:

Pat. ist jetzt 17 Jahre alt, sieht sehr wohlgenährt und frisch aus. Gewicht 58,9 Kgr. = 143³/₄ Pf. russisch.

Pat. entleert 3—4 mal täglich trüben, mit viel Schleim untermischten Urin, meist sind etwas flüssige Faeces beigemischt. Einmal täglich werden flüssige oder wenig gebundene Faeces mit mehr oder weniger Schleim und etwas Urin entleert. An der Analöffnung, besonders vorne und seitlich von derselben, sind die Kämme der Analfalten leicht geschwellt, gerötet und sezernieren etwas. Nachts wurde vom 31. Aug. bis zum 10. Sept. meist das Bett genässt. Nur selten erwachte Pat. durch den Drang zum Urinieren. Tags über war Pat. stets kontinent. Nach täglichen Spülungen des Darmes mit Chamillen-Infus nahm die Schleimmenge im Urin wie in den Faeces allmählich ab, und das Bettnässen verschwand seit dem 10. September vollständig, so dass Pat. während der ganzen weiteren Beobachtungszeit bis zum 1. November 1904 kontinent war. Diese Kontinenz wurde auch nicht gestört, als zeitweilig der Darmkatarrh sich verstärkte und mehrmals täglich sehr übelriechende flüssige Stuhlgänge eintraten, auch nicht während eines Anfalls von Influenza, wo die Temperatur 4 Tage lang zwischen 39,0 und 39,7 Abends schwankte. Kontinent blieb Pat. auch unmittelbar nach der Operation des Netzb[illegible]es. Die Wunde wurde durch einige quere und 2 der [illegible]xe parallel verlaufende Nähte geschlossen.

Bei der Entlassung wurde wieder wie früher 3—4 mal täglich fast klarer Urin mit sehr wenig Schleimbeimengung und einmal täglich gebundene Faeces entleert. Die früher geschwellten Analfalten sahen wieder normal aus.

(Autoreferat).

f. d. Präses: Dr. Truhart.
Sekretär: Dr. W. Hollmann.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 27. Januar 1905.

1. Ischreyt demonstriert einen Fall von abgelaufener Tarsitis luetica mit Lidrandgeschwüren. Die 37-jährige Patientin war wegen trachomatöser Erscheinungen in Behandlung und da der Tarsus des linken oberen Augenlides ausserordentlich verdickt war, wurde die Excision desselben ausgeführt. Die Heilung verlief normal. Nach ungefähr einem Monat traten am Lidrande phagedänäre Geschwüre auf, die bald einen grossen Teil desselben zerstörten. Die histologische Untersuchung kleiner Hautstückchen ergab nichts Charakteristisches, Tuberkelbazillen liessen sich nicht nachweisen. Für Lues fanden sich weder anamnestische noch objektive Anhaltspunkte. Da eine lokale Behandlung mit dem Galvanokauter und mit Milchsäureätzungen fortwährende Rezidive nicht verhütete, wurde der kranke Lidteil operativ entfernt. Zur Deckung des Defekts wurde das untere Lid in ein vorderes und hinteres Blatt gespalten und letzteres bis auf den Bulbus lospräpariert und nun mit dem Wundrande des oberen Lides vereinigt. Die Wundfläche wurde mit einem brückenförmigen Hautlappen aus der Gegend des oberen Orbitalbogens bekleidet. Die Lider blieben eine Woche vereinigt, dann wurden sie auf der Hohlsonde durchtrennt. Die Heilung verlief per primam. Der Erfolg war kosmetisch und funktionell befriedigend. — Nach ungefähr 2 Monaten entstand in der Gegend des inneren Augenwinkels ein Rezidiv. Trotzdem sonst keinerlei Anzeichen für Lues zu finden waren, wurde infolge einer Beratung mit dem Kollegen Zoepffel eine energische antiluetische Kur eingeleitet. Dieselbe hatte den Erfolg, dass die Geschwüre in kurzer Zeit heilten. — Die mikroskopische Untersuchung der excidierten Gewebspartien zeigte ein Granulationsgewebe, ohne Tuberkel, Riesenzellen und käsigen Zerfall. Die kleinsten Gefässe wiesen eine starke Vermehrung ihrer Zahl und Endothelwucherungen auf. — Der Fall wird in der Zeitschr. f. Augenheilk. genauer veröffentlicht werden.

Digitized by Google

In der Diskussion hebt Zoepffel die prompte Wirkung der Schmierkur hervor. Braun erwähnt, dass trachomähnliche Veränderungen als Ausdruck einer luetischen Erkrankung mehrfach beschrieben worden sind und fragt, ob nicht in diesem Falle die Follikel luetischer Natur sein könnten. Ischreyt erwidert darauf, dass die Granulose an beiden Augen zu finden war, und nicht durch die spezifische Behandlung gebessert wurde; ausserdem fand sich ein typischer Pannus. Beides spricht dafür, dass die Lues mit Trachom kombiniert gewesen ist.

2. Siebert stellt einen Fall von Tetanus hydrophobicus vor, der ihm vom Kollegen v. Rautenfeld überwiesen worden ist.

Jakob Schmidt, 52 J. alt, aus Rudbahren, erlitt am 9. Februar d. J. eine Verletzung des linken oberen Augenlides. Nach einigen Tagen entwickelte sich eine Schwäche der linken Gesichtshälfte bis zur vollkommenen Lähmung (5. Tag), Krämpfe der Kaumuskulatur und Krämpfe in der rechten Gesichtsmuskulatur, darauf Krämpfe der Schlundmuskeln, der Muskeln des Nackens, Rückens und der Extremitäten. Die Atmung wurde erschwert, so dass der Kranke am 24. Februar 1905 nach Libau befördert wurde. Er war früher stets gesund gewesen. — Stat. pr. vom 6. März 1905: Lähmung der ganzen linken Gesichtshälfte, auch des Auges. Die elektrische Erregbarkeit für den farad. Strom erhalten. Auf dem linken oberen Augenlid eine kleine, etwas infiltrierte Narbe mit Borkenbildung. Trismus, die Zähne können wenig geöffnet werden. Krampfartige Kontraktur des rechten N. facialis, periodisch sich steigernd. Schlundkrämpfe, welche sich beim geringsten Versuch zu schlucken steigern. Ferner tonische Krämpfe in der Nackenmuskulatur, in den M. sternocleidomast., den Mm. des Rückens und der Extremitäten. Die Pupillen reagierten auf Licht und Accomodation. Puls wechselt zwischen 60—120. — Am 6. März 1905 Injektion von 16 ccm. Antitoxin. Unter Morphium- und Chloralbehandlung bessern sich alle Erscheinungen.

Das klinische Bild des Wundstarrkrampfes ist in erschöpfender Weise von Rose geschildert worden. In seiner Monographie spricht er von einer eigentümlichen Form des Tetanus in Folge von Verletzungen im Gebiete der Hirnnerven. Dieser sogen. Kopftetanus zeichnet sich dadurch aus, dass der N. facial. dabei gelähmt ist, ferner gesellen sich hinzu Schlundkrämpfe, wie bei der Hydrophobie, daher auch Tetanus hydrophobicus (Rose) genannt. Dieser von Rose schon beschriebene Tetanus ist jedenfalls keine sehr häufige Erkrankung. Bis zum Jahre 1885 waren nur 15 Fälle bekannt (Gueterbock). Nicolaier hat durch Impfversuche nachgewiesen, dass der Kopftetanus ebenfalls durch den Tetanusbazillus hervorgerufen wird.

Er entsteht infolge von Verletzungen und Wunden des Gesichtes und besonders des Orbitalrandes, wie auch in unserem Falle. Innerhalb 8—10 Tage nach der Verletzung (in unserem Falle früher) entwickeln sich Lähmungen des N. facial. auf der verletzten Seite, welche den ganzen Stamm betreffen, Trismus und Schlundmuskelkrämpfe. Infolge dieser Krämpfe, welche reflektorisch vom Rachen ausgelöst werden, ist die Nahrungsaufnahme bedeutend gestört, schliesslich wird das Schlucken zur Unmöglichkeit. Die Erscheinungen des Tetanus dehnen sich immer mehr und mehr auf die Muskulatur des Nackens, der Wirbelsäule und Extremitäten aus und der Tod erfolgt unter denselben Erscheinungen wie bei der gewöhnlichen Form des Tetanus. Die Temperatur kann normal, subfebril oder auch später die beim Tetanus sonst beobachteten Erscheinungen aufweisen.

Zuweilen ist neben der Lähmung des VII. auch eine Kontraktur der gesunden, ja sogar der gelähmten Seite beobachtet. In seltenen Fällen werden auch Augenmuskelnerven befallen, Oculomot. und Abducens (Schnitzler, bisher 7 Fälle beobachtet). Lannois sah in einem Falle Pupillenstarre. Schnitzler meint, der Gifttransport finde auf dem Wege der Nervenscheide oder Axenzylinder statt. Schrötter beobachtete auch eine Hypoglossusparalyse. Er meint, die Facialisparalyse könne wohl durch eine Neuritis ascend. erklärt werden, nicht aber die Hypoglossusparalyse. Schnitzler stellt daher eine Hypothese auf zur Erklärung der Lähmungserscheinungen bei Tetanus: «Gifte, welche im verdünnten Zustande reizen, lähmen in stärkerer Dosis». Nur im Gebiete jener Nerven finden sich beim Tetanus Krämpfe, welche eine lange Strecke zum Zentralorgan zurückzulegen haben; in diesen langen Nerven der Extremitäten ist das Gift weniger konzentriert, als in den kürzeren Hirnnerven, daher im Gebiete der ersteren Reize, in dem der letzteren Lähmungserscheinungen. Nerlich fand auch Veränderungen in den Nervenkernen (Vacuolenbildung). — Auch in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nierenkrankheiten in Berlin 1902 kam dieses Thema zur Verhandlung, doch kam man auch dort zu keinem Schluss (Jolly-Remak), ob im Kern oder der Peripherie der Sitz der Affektion sei; es handelt sich nicht um eine entzündliche, sondern um eine toxische, anatomisch noch nicht nachweisbare Affektion.

(Autoreferat).

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 20. Dezember begingen die Professoren der militärmedizinischen Akademie Dr. W. Ssirotinin, Direktor der Hospitalklinik für innere Krankheiten, und Dr. M. Janowski, Direktor der propädeutischen Klinik, das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit.

— Das beratende Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Leibmedikus Dr. Popow, ist krankheitshalber vom Dienst im Militär-Medizinalressort enthoben worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Geheimrat.

— Der ausseretatmässige Ordinator der Moskauer Stadthospitäler Dr. Muratow ist zum Direktor der Heilanstalt für Geisteskranke der Tambowschen Gouvernemets-Landschaft ernannt worden.

— In der bei der Moskauer Universität bestehenden geburtshülflich-gynäkologischen Gesellschaft sind für das Jahr 1905—1906 in den Vorstand gewählt worden: Zum Präses — Prof. Dr. A. Makejew, zum Vizepräses — der Privatdozent Dr. L. Warneck (bisheriger Präses), zu Sekretären — die DDr. P. Untilow und S. Ssasonow und zum Kassierer — Dr. S. Grauermann.

— Der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie Dr. Zeidler ist zum Gehülfen des Oberarztes für chirurgische Krankheiten am hiesigen Obuchowhospital ernannt worden.

— Der ausser Etat gesetzte frühere ältere Medizinalbeamte bei dem aufgehobenen Medizinal-Departement, Dr. Nishegorodzew, ist auf sein Gesuch verabschiedet worden.

— Der langjährige Konsultant der hiesigen Maximilian-Heilanstalt Dr. Garfinkel ist auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden.

— Zum Jelissawetpolschen Gouvernementsarzt ist der bisherige Gehülfe Dr. Ter-Grigorjanz ernannt worden.

— Ordensverleihungen: Den St. Stanislausorden I. Klasse — dem beratenden Mitgliede des weil. med. gelehrten Komités, Leibotiater Prof. Dr. Ssimanowski; dem Professor der mil.-med. Akademie Dr. Albizki und den Oberärzten: Dr. A. Minin vom St. Pet. Nikolai-Militärhospital, und Dr. Wl. Tschemesow vom Klinischen Militärhospital.

— Der bekannte französische Chirurg Dr. Doyen hat vor kurzem eine Appendicitis-Operation glücklich überstanden.

Nekrologe:

— 1) Verstorben sind: 1) Am 16. Dezember der ältere Arzt der 13. Flottenequipage Dr. Alexander Benezet im Alter von 40 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher seit 1891 als Marinearzt fungierte, war früher Arzt der sibirischen Flottenequipage in Wladiwostok, dann der 13. Flottenequipage in Libau. 2) Am 14. Dezember in der hiesigen akademischen Klinik für Geistes- und Nervenkranke, Dr. Benjamin Tatarinow, freipraktizierender Arzt in Moskau, im 38. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene im J. 1900 erlangt. 3) In Basel der ausserordentliche Professor der Augenheilkunde an der dortigen Universität Dr. Friedrich Hosch im Alter von 58 Jahren. 4) In Oxford der ehemalige Professor der örtlichen Universität Dr. John Burdon-Sanderson, bekannt durch seine Arbeiten über Physiologie, im 77. Lebensjahre.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der ordentliche Professor emer. der Anatomie Dr. M. Popow in Charkow ist in den Ruhestand getreten

Digitized by Google

— Für den schon seit längerer Zeit verwaisten Nothnagelschen Lehrstuhl der inneren Medizin in Wien hat sich bis jetzt kein Liebhaber gefunden. Alle deutschen Kliniker, mit denen bisher Verhandlungen wegen Uebernahme dieses Lehrstuhles angeknüpft worden sind — Kraus (Berlin), Krehl (Strassburg), Fr. Müller (München), Strümpell (Breslau) und in letzter Zeit Quincke (Kiel) — haben abgelehnt.

— Wie aus Freiburg i. Br. gemeldet wird, ist für den durch Zieglers Tod erledigten Lehrstuhl der Pathologie und pathologischen Anatomie an der dortigen Universität der Prosektor am Stadtkrankenhause in Dresden Prof. Christian Schmorl in Aussicht genommen. Schmorl war bereits in früheren Jahren als akademischer Lehrer in Leipzig tätig.

— An der militär-medizinischen Akademie hat sich mit Genehmigung der Konferenz der zur weiteren Ausbildung dem klinischen Militärhospital zukommandierte Arzt Dr. Alexander Ignatowski als Privatdozent für allgemeine Therapie und Diagnostik habilitiert.

— Das Projekt einer Gagenerhöhung für die Universitätsprofessoren ist, wie die Tagesblätter berichten, dem Reichsrat unterbreitet worden. Die Gage soll erhöht werden: den ordentlichen Professoren von 3000 auf 5000 Rbl.; den ausserordentlichen von 1500 auf 3000 Rbl. Die Rektoren und Dekane werden ausserdem Supplementbeträge bis zu 3000 Rbl. beziehen.

Standesangelegenheiten.

— Einigen hiesigen Aerzten ist vom revolutionären «medizinischen Verbande» nachstehende Aufforderung zugegangen, die ihrer Dreistigkeit wegen wohl verdient hier festgenagelt zu werden:

Товарищъ,

Общее Собраніе С.-Петербургскаго Отдѣленія Медицинскаго Союза 5-го сего Декабря постановило: въ случаѣ объявленія общей политической забастовки въ Петербургѣ примкнуть къ таковой путемъ бойкота лицъ и учрежденій, противодѣйствующихъ освободительному движенію, а также путемъ взноса въ забастовочный фондъ заработка за время забастовки.

Сверхъ того Собраніе постановило просить товарищей, состоящихъ на службѣ въ военномъ, морскомъ или полицейскомъ вѣдомствахъ, отказатся отъ своихъ служебныхъ обязанностей въ случаѣ выступленія частей, при которыхъ они состоятъ, на борьбу съ гражданами.

Ставя Васъ объ этомъ въ извѣстность просимъ денежныя пожертвованія и всякія свѣдѣнія направлять къ членамъ Петербургскаго Бюро Медицинскаго Союза.

С.-Петербургъ,
7 Декабря 1905 года.

Zu deutsch:

«Kollege!

Die allgemeine Versammlung der St. Petersburger Sektion des Medizinischen Verbandes hat am 5. Dezember beschlossen: im Falle der Erklärung eines allgemeinen politischen Streiks in Petersburg sich diesem anzuschliessen durch Boykottierung derjenigen Personen und Institutionen, die der freiheitlichen Bewegung entgegenarbeiten, sowie durch Beisteuer des eigenen Erwerbes für die Zeit des Streiks zum Streikfonds.

Ausserdem hat die Versammlung beschlossen die in Diensten des Militär-Marine- oder Polizeiressorts stehenden Kollegen zu ersuchen, die Erfüllung ihrer dienstlichen Pflichten zu verweigern, falls die Truppenteile, zu denen sie gehören, zum Kampfe gegen die Bürger ausrücken.

Indem wir Sie von dem Vorstehenden in Kenntniss setzen, bitten wir Geldbeiträge und jegliche Mitteilungen an die Glieder des Petersburger Bureaus des Medizinischen Verbandes zu richten».

Petersburg, (Sic!)
7. Dezember 1905.

— Wegen Beteiligung an den politischen Umtrieben sind, der Tagespresse zufolge, auch zahlreiche Aerzte in verschiedenen Gegenden des Reiches verhaftet worden. So wurden unter anderen hier der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie Dr. Oleinikow, in Kaporje (im Schlüsselburger Kreise) die Landschaftsärztin Ott, in Taschkent der Eisenbahnarzt Tschernoborodow, in Lublin Dr. S. I. Rudski, in Mariampol (Gouv. Suwalki) Dr. K. W. Grinewitsch arretiert. Der letztgenannte ist auf Verfügung des Ssuwalkischen Gouverneurs gleich nach seiner Rückkehr vom Moskauer Kongresse der städtischen und landschaftlichen Deputierten ins Poltawasche Gouvernement verbannt worden.

— In Moskau haben die konditionierenden Pharmazeuten in der zweiten Dezemberwoche, ebenso wie in Petersburg, einen Streik veranstaltet, so dass die meisten Apotheken geschlossen werden mussten. Die Forderungen der Angestellten bestanden im wesentlichen in Feststellung von Minimalgagen von 45 Rbl. per Monat für Lehrlinge und 75 Rbl. für Provisorengehilfen; Einrichtung einer Doppelschicht innerhalb des 13-Stundentags, Aufhebung der Nachtdejour und Einführung eines besonderen Etats für Nachtdejouranten, zweiwöchigem Urlaub jedes Jahr mit Beibehaltung der Gage; im Krankheitsfalle Offenhaltung der Stelle für 3 Monate, wobei für den 1. Monat die Gage ganz, für die beiden nächsten Monate die halbe Gage ausbezahlt werden soll etc. Der Verband der Apothekenbesitzer fand, dass die Forderungen im allgemeinen zu hoch geschraubt seien, beschloss aber zur Vermeidung von Konflikten möglichst weitgehende Konzessionen zu machen. Was die Gagenforderung anbetrifft, so ist das geforderte Minimum faktisch bereits in den meisten Apotheken eingeführt, ebenso die 7-Stundenschicht der Arbeit. Aber eine moralische Garantie für diejenigen Apothekenbesitzer, deren geringer Umsatz keine Erhöhung des Gagenkontos erlaubt, kann der Verband der Besitzer nicht übernehmen. Einzig unannehmbar erschien die Forderung des Verbandes der Angestellten, dass eine Ergänzung des Etats nur mit ihrer Einwilligung vorgenommen werden dürfe. Dieser Punkt sei sowohl dem Gesetz und der moralischen Grundlage der Existenz der Apotheken, als auch der Billigkeit bezüglich derjenigen Angestellten zuwiderlaufend, deren Grundsätze ihnen nicht gestatten, Mitglieder des Verbandes der Angestellten zu sein.

Vom Kriegssanitätsdienst.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner ist der St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden: dem Arzt zu besonderen Aufträgen V. Klasse beim Oberfeldmilitärmedizinalinspektor Dr. Charuzki, dem ehemaligen Oberfeldchirurgen beim Oberkommandierenden, jetzigem Beamten für besondere Aufträge bei der Obermilitärmedizinalverwaltung Dr. Robert Wreden, dem Oberarzt der Hauptfeldevakutionskommission Dr. S. Ssuschtschinski und dem Arzt für bes. Aufträge des Chefs des Feldsanitätswesens Dr. Nedler.

— Der Oberchirurg der II. Mandschurischen Armee und Konsultant des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals Dr. Sklifassowski ist von dem erstgenannten Amte entbunden worden.

— Für das Evangelische Feldlazarett sind, nach dem Bericht des Komitees, durch freiwillige Beiträge rund 370,000 Rbl. in bar eingeflossen und Materialien im Wert von mindestens 130,000 Rbl. gespendet worden, so dass über eine halbe Million in den 22 Monaten für dieses edle Werk aufgebracht worden ist. Zur statutengemässen Unterstützung von Kriegswaisen ist somit eine hübsche Summe übriggeblieben.

— Recht bezeichnend für das russ. Rote Kreuz ist folgende Mitteilung des Dorpater Stadtamts, in dessen Kasse für Behandlung verwundeter und kranker Krieger in den Universitätskliniken noch 1047 Rbl. 31 Kop. vorhanden sind, ohne dass sie seit dem Beginn des November für diesen Zweck in Anspruch genommen wären. — Da trotz mehrfacher Mitteilung, dass die obengenannte Summe zum angegebenen Zweck zur Verfügung stehe, von seiten des Roten Kreuzes keine Kranken zur Verpflegung in die örtlichen Kliniken gesandt worden waren, hat sich das Stadthaupt mittelst Schreibens vom 22. Oktober an die Livländische Verwaltung der russischen Gesellschaft des Roten Kreuzes mit der Anfrage gewandt, ihm mitzuteilen, ob überhaupt Kranke zu erwarten seien, die in den Kliniken verpflegt werden sollen. Anderenfalls beabsichtige er, sich an die Spender mit dem Ansuchen zu wenden, den von ihnen dargebrachten Summen eine andere Verwendung zu geben, sie z. B. zum Unterhalte der Reservisten- Frauen und Kinder zu verwenden. — Auf diese Anfrage ist ebenfalls bisher noch keine Antwort erfolgt.

Verschiedene Mitteilungen.

— In das Herausgeberkollegium der «Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen», das nach dem Rücktritt von Prof. Moeller, aus den Professoren E. v. Leyden und Bernh. Fränkel bestand, ist Prof. W. v. Leube (Würzburg) eingetreten. Die Spezialredaktionsgeschäfte wird Prof. Dr. A. Kuttner (Berlin) besorgen.

Digitized by Google

— Ein elektrischer Vibrationsstuhl zur Bekämpfung der Seekrankheit. Ueber eine neue physikalische Behandlungsmethode der Seekrankheit berichtet in der «D. Med. Wchschr.» eine vorläufige Mitteilung von Dr. Ernst Peters, Schiffsarzt der Hamburg-Amerika-Linie: Es handelt sich um einen elektrischen Vibrationsstuhl. Sechs Exemplare eines solchen sind unter Aufsicht von Dr. Peters und Dr. Mc. Cutcheon an Bord eines Dampfers tätig, um die Symptome der Seekrankheit zu bekämpfen. Der Stuhl wird einfach mit Steckkontakt an die elektrische Lichtleitung an Bord angeschlossen. Eine Besserung des subjektiven Befindens während der Behandlung wurde in allen Fällen erreicht und war in einigen überraschend genug. Allerdings hielt sie meist nur für die Dauer der Vibrationsbehandlung an. Es wird wol dahin kommen, dass man seekranke Patienten für viele Stunden, selbst Tage auf dem Vibrationsstuhl Platz nehmen lässt, der anscheinend eine beruhigende Wirkung auszuüben vermag und meist eine auffallende Herabsetzung der über die Norm gestiegenen Pulsfrequenz bewirkte. Der Stuhl scheint, wie bereits feststeht, eine wohltätige Wirkung auf die Herzaktion und auf nervöse Erregungszustände, wie sie an Bord kurz nach der Abfahrt einzutreten pflegen, in hohem Masse zu üben. Damit wäre schon viel gewonnen. Die Methode dürfte geeignet sein, auf modernen Passagierdampfern den Komfort der Reisenden zu vermehren und ihnen selbst bei schlechtem Wetter den Aufenthalt an Deck in liegender oder sitzender Stellung zu ermöglichen.

— Die Wartburgstadt Eisenach wird im nächsten Sommer in die Reihe der grossen Kurbäder eintreten. Unter der Firma «Kurbad Eisenach» hat sich eine Gesellschaft gebildet, an der sich die Stadtgemeinde Eisenach stark mit Kapital beteiligte. Unter der Firma «Kurbad Eisenach», ist nunmehr die Gesellschaft ins Handelsregister eingetragen worden. Die Karolinenquellen in Wilhelmsbrunn bei Kreuzburg unweit Eisenach wird, wie schon mehrfach berichtet, durch Leitung der letzteren Stadt zugeführt werden, um dort als Trink- und Badewasser Verwendung zu finden. Nach dem fachmännischen Urteil hervorragender Aerzte und Balneologen darf man sich viel von der Heilwirkung der Quelle versprechen, besonders für Gicht, Zuckerkrankheit, Fettleibigkeit und gewisse Frauenkrankheiten. Wenn man Eisenachs landschaftlichen Reize in Betracht zieht und dessen so günstige Lage inbezug auf bequeme und rasche Bahnverbindungen, dann ist wol anzunehmen, dass Eisenach als Kurort sehr bald in Aufnahme gelangen wird. Es gibt wol wenige grosse Kurorte in Deutschland, die an landschaftlichen Reizen sich mit den so leicht zu erreichenden und zu geniessenden Schönheiten Eisenachs messen könnten.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. Dez. d. J. 11050 (174 mehr als in d. Vorw.), darunter 974 Typhus — (35 mehr). 998 Syphilis — (59 mehr), 411 Scharlach — (7 mehr) 194 Diphtherie — (35 mehr), 84 Masern — (12 mehr) und 24 Pockenkranke — (8 mehr als in der Vorw.).

Am 10. Dez. d. J. betrug die Zahl der Kranken 11088 (38 mehr als in der Vorwoche.), darunter 961 Typhus — (13 wen.), 1011 Syphilis — (13 mehr), 419 Scharlach — (8 mehr), 161 Diphtherie — (33 mehr), 104 Masern — (20 mehr) und 29 Pockenkranke (5 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 27. Nov. bis 3. Dez. d. J. im ganzen 739 (410 M., 329 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 23, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 14, Scharlach 23, Diphtherie 18, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 8, Grippe 11, Katarrhalische Lungenentzündung 78, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 80, Tuberkulose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungskanals 73, Totgeborene 31.

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 4. bis zum 10. Okt. d. J. im ganzen 759 (421 M., 338 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 30, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 22, Scharlach 26, Diphtherie 28, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 5, Grippe 6, Katarrhalische Lungenentzündung 64, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 105, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 17, Krankheiten der Verdauungsorgane 73, Totgeborene 38.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 10. Jan. 1906.

Tagesordnung: Blessig: Präsidialvortrag.

Berichte der Sekretäre und des Kassirers.

Beschlussfassung über Anträge betreffend:

1) die Beteiligung des Vereins an der Hilfeleistung in den Hungergegenden.

2) das i. J. 1909 bevorstehende 50-jährige Jubiläum des Vereins.

Wahlen.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. Jan. 1906.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

HEFE-SEIFEN

nach Dr. Dreuw, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose, chron. Ekzeme.**

Zu haben in allen Apotheken. Muster gratis.

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. Koeniger.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Digitized by Google

Duotal — **Duotal „Heyden“**, geruch- und geschmackloses Guajakol-Präparat, enthält über 90% gebundenes, im Körper sich abspaltendes Guajakol, das ist etwa noch einmal so viel, als alle anderen dem Duotal nachgebildeten Präparate enthalten. Ohne jegliche Aetz- und Giftwirkung; wird selbst von den empfindlichsten Patienten gern genommen und gut vertragen. Vorzügliches Mittel gegen **Lungen-Tuberkulose** und **chronische Katarrhe der Atmungsorgane. Darmantiseptikum** bei **Typhus** und **Enteritis.**

Xeroform — **Bester Ersatz für Jodoform.** Beim Gebrauch so gut wie geruchlos, nicht reizend, kein Ekzem erzeugend, absolut ungiftig. Eminent austrocknend und sekretionsbeschränkend, blut- und schmerzstillend. **Schnellst wirkendes Ueberhäutungsmittel.** Desodorisiert selbst jauchige Sekrete und reduziert die Eiterproduktion auffallend schnell. Hervorragend geeignet für **Dauer-** und **Trockenverband. Spezifikum bei nässenden Ekzemen, Intertrigo, Ulcus cruris, Verbrennungen.**

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik v. Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet, St. Petersburg, W. O., Sredny Prosp., 8.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY (62) 17—12.

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich. Departement Allier.

Die Buchhandlung von **K. L. Ricker** St. Petersburg, Newsky Pr. 14, nimmt entgegen

Abonnements,

auf sämtliche in- und ausländische Zeitschriften mit Garantie für rechtzeitige Zustellung und versendet auf Wunsch zur Ansicht alle Neuigkeiten der medizinischen Literatur in russischer, deutscher, französischer und englischer Sprache. (118) 2—2.

Stottern heilt dauernd die Sprachlehranstalt (mit Pension) Prov. **Martin Wagner.** Neueste Methode. **Keine Rückfälle!!** С. П. Б. **Екатерининскій каналъ** 52 (Демидовъ мостъ) **кв.** 52 (Lift). Zahlreiche glänzende Atteste. Prospekte gratis.

Buchhandlung der **PRAKTISCHEN MEDIZIN**
St. Petersburg, Nischegorodskaja, 15
(Telephon 5439)
nimmt entgegen

ABONNEMENTS,

auf sämtliche ausländische und russische Medizinische Journäle und rechnet zu folgendem Kurse: 1 Mark — 52 Kop., 1 Frank — 42 Kop.

Katalog gratis und franko.

Den Herren Aerzten werden auf Wunsch sämtliche Neuigkeiten der medizinischen Literatur zur Ansicht gesandt.

Jahresrechnungen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

J. **Krohn**, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau **Elvine Juckam**, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

Frau **Gülsen**, W. O., 17 Linie, Haus № 16 Qu. 18.

Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ *пер.* 7, кв. 5.

Frau **Adelheid von Fersen**, Katharinenkanal 81, Q. 20.

Frau **Tursan**, Спасская 21, кв. 6.

Frau **Minna Rieser**, geb. **Franke**. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE“

Airol
Asterol
Sulfosotsirup
Thiocoltabl.
Thiocol

Thigenol

Synthetisches Schwefelpräparat.

Braune dicksirupöse, geruch- und geschmacklose Flüssigkeit.

Leichtresorbierbar, juckreiz- und schmerzlindernd, fleckt nicht die Wäsche.

Glänzend bewährt in der gynaecologischen Praxis und Dermatotherapie.

Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche“.

Sulfosotsirup

die idealste Form der Kreosot-Therapie

wegen seiner Billigkeit für die Kassenpraxis geeignet.

Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.

Warnung! Sulfosotsirup ist nur echt wenn jede Flasche mit uns. Firma versehen ist.

Arsylin
Protylin
Brom-Protylin
Eisen-Protylin
Digalen

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^IE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
FEB 2 1906

XXX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 52 St. Petersburg, den 31. Dezember (13. Januar). **1905.**

Inhalt: Dr. med. B. Raue: Prinzipien der Diabetesbehandlung. (Schluss.) — Bücheranzeigen und Besprechungen: A. Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1904. — Protokolle des XVII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. Aug. 1905. — Tagesnachrichten. — Anzeigen.

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medizinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1906 unter der jetzigen Redaktion und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medizinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung **der Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte,** des **deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg,** der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga,** der **medizinischen Gesellschaft zu Dorpat,** der **Gesellschaft Livländischer Aerzte,** der **Estländischen ärztl. Gesellschaft,** der **Gesell. prakt. Aerzte zu Libau** und des **Livländischen ärztl. Rechtsschutzvereins.** — **Besondere Aufmerksamkeit** wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medizinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate **über alle wichtigeren in russ. medizin. Journalen erscheinenden Arbeiten** den mit der russischen Sprache **nicht** vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung **in Russland 8 Rbl.** für das Jahr, **4 Rbl.** für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark für das Jahr, 10 Mark für ein halbes Jahr. Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky Prospekt Nr. 14, zu richten.

Prinzipien der Diabetesbehandlung.

(Vortrag, gehalten auf dem XVII. Livl. Aerztetage zu Arensburg am 11. August 1905.)

Von

Dr. med. B. Raue — Marienburg.

(Schluss.)

Ich komme nun zu der Behandlung mit Kohlenhydratentziehung. Wir alle wissen, dass durch Beschränkung, resp. Ausschluss der Kohlenhydrate die Glykosurie sich vermindert, bei vielen sogar verschwindet. Nun hat man aber schon längst die Beobachtung gemacht, dass Individuen, die eine Zeit lang (mehrere Wochen) kohlenhydratfreie Kost genossen haben, fast ausnahmslos an Toleranz für Kohlenhydrat gewinnen. Sie scheiden jetzt nach einer gewissen Menge Amylaceen viel weniger Zucker aus, als früher. Wir erklären diese Tatsache durch die allgemeine biologische, namentlich durch Fr. A. Hoffmann besonders betonte Erfahrung, dass schwache Organe (hier die zuckerzerstörenden Kräfte, resp. Zellen) noch schwächer werden und schliesslich erlahmen, wenn sie dauernd zu sehr angestrengt werden, dagegen aber erstarken, wenn sie geschont werden. — Diese Beobachtungen und Erfahrungen bilden die Basis der jetzigen Diabetestherapie, welche — solange man gegen die Ursache der Krankheit noch nicht vorgehen kann —, eine hygienisch-diätetische bleiben muss. Hierbei ist als erster Grundsatz folgender aufzustellen: die Ernährung des Diabetikers muss so beschaffen sein, dass der Kräftezustand des Patienten gewahrt und womöglich verbessert wird. Da nun aber die Kohlenhydrate bei dem Diabetiker zum kleinen oder grösseren Teil als Traubenzucker wieder ausgeschieden werden, so liegt es auf der Hand, dass sie, oder ein Teil von ihnen, nur die Verdauungsorgane belasten, gewissermassen als Schlacken zu bezeichnen sind, ohne dem Körper irgendwelchen Nutzen zu bringen, zur Ernährung dienen sie nicht. Ja, noch mehr, sie sind unter Umständen gerade schädlich, denn erstens lehrt die Erfahrung, dass Diabetiker, welche ohne Rücksicht auf die Glykosurie reichlich Kohlenhydrate geniessen, immer mehr an Toleranz für Kohlenhydrate einbüssen, und das tritt bei vielen recht schnell ein, zweitens sind diese Zuckerkranken, auch die mit den leichtesten Formen, erheblich mehr und früher den verschiedensten Komplikationen, wie Arteriosklerose, Impotenz, Augenerkrankungen, Nervenkrankheiten und dergl. ausgesetzt, als Zuckerkranke, die den Genuss von Kohlenhydraten beschränken. An die Stelle der Kohlenhydrate treten hauptsächlich Eiweiss-, Fett- und Gemüsenahrung, letztere mit Auswahl, mit Unterstützung von Alkohol in mässiger Menge, doch hat diese Nahrung,

Digitized by Google

wenn sie auch für die schweren Formen des Diabetes die ideale genannt werden kann, ihre ganz bestimmten Grenzen, die nicht überschritten werden dürfen.

Es hat sich nämlich herausgestellt, dass bei langdauernder strenger Fleisch-, Fett- und Gemüsekost ganz ohne Kohlenhydrate oder mit nur sehr geringen Mengen derselben bei vielen Diabetikern, auch wenn dieselben wenig Zucker ausscheiden und überhaupt an leichten Formen der Krankheit leiden, die Acetonkörper im Organismus zunehmen, was sich durch ihr Auftreten im Harn deutlich nachweisen lässt. Mit Zunahme dieser Stoffe ist aber immer eine bedenkliche Abnahme der Körperkräfte verbunden. Eine geringe Vermehrung über den normalen Gehalt hat im allgemeinen nicht viel auf sich, — falls aber grosse Mengen von Aceton sich dauernd bilden und ausgeschieden werden, so hat dieser Umstand sehr grosse Bedeutung. Die Prognose verschlimmert sich wesentlich, die Gefahr des Komas wird bedeutend näher gerückt. Wir können und dürfen daher die Kohlenhydrate aus der Diät des Diabetikers dauernd nicht streichen, besonders wenn wir die Patienten nicht unter beständiger Kontrolle haben und nicht bei jeder Aenderung im Befinden gleich eingreifen können. Handelt es sich um leichtere Fälle, bei denen die Zuckerausscheidung eine geringe ist und schwindet der Zucker bei Beschränkung der Kohlenhydrate auf etwa 100 Gramm pro die vollständig, so haben wir nicht viel zu fürchten und können den Patienten dauernd bei dieser Quantität lassen. Ist aber die Toleranz eine wesentlich kleinere, ja fehlt sie überhaupt, d. h. werden fast alle Amylacea als Traubenzucker wieder ausgeschieden und kann der Harn nur bei dauernder vollständiger Vermeidung der Kohlenhydrate zuckerfrei oder annähernd zuckerfrei werden, so kann die Bestimmung der Diät für den Arzt oft eine äusserst schwierige werden. Durch Gewährung von Kohlenhydraten wird die Zuckerausscheidung vermehrt, durch vollkommene Entziehung derselben treten eventuell andere Gefahren auf, die noch bedenklicher sind. In diesen Fällen hat sich nun am besten folgendes Verfahren bewährt: Man gestattet dem Patienten täglich eine gewisse Menge von Kohlenhydraten, bei deren Genuss er etwas Zucker ausscheidet, schiebt aber wöchentlich oder zweiwöchentlich einige Tage mit strenger Diät ohne Kohlenhydrate ein. Durch diese Massnahmen erreicht man meist, wie vielfache Versuche in Anstalten zeigen, dass die Zuckermenge im Harn nicht, oder nur unwesentlich zunimmt, und zweitens, dass der Organismus in seinen zuckerzersetzenden Kräften sich dazwischen erholen und stärken kann, wenn er — wie das meist geschieht — durch die strenge Diät wenigstens vorübergehend zuckerfrei wird. — Die Menge der Kohlenhydrate, die die Diabetiker vertragen können, ohne Zucker auszuscheiden, variirt sehr. Die Toleranzgrösse erreicht bei dem einen 200 und mehr Gramm täglich, bei einem anderen kaum $^1/_{10}$ von dem, ja sie kann ganz fehlen. — Nun hat man in den Diabetikeranstalten und auch in der Privatpraxis die eigentümliche und für die Therapie kolossal wichtige Entdeckung gemacht, dass die Kohlenhydrate in sehr vielen Fällen je nach den Präparaten und Formen, in denen sie sich befinden und genossen werden, ganz verschiedene Wirkung zeigten. Man fand z. B. Patienten, die nach dem Genuss von etwa 50 Gramm Brod schon 10 bis 20 Gramm Zucker ausschieden, dieselben schieden aber nach Genuss von etwa einem fünffachen Quantum an Kohlenhydraten im Hafer nur eine Kleinigkeit an Zucker aus, etwa 2—4 Gramm. Nach Genuss von einigen Gerstenpräparaten war die Zuckerausscheidung wieder eine andere.

Die Entdeckung hat für die Diabetestherapie eine sehr grosse Bedeutung und enthält die zwingende Forderung, für den Arzt, der einen Diabetiker behandelt, genaue Prüfungen nach dieser Richtung mit einem Patienten vorzunehmen. Der grösste Teil der Kohlenhydrate, die vom Patienten noch vertragen werden, ohne dass Zucker im Harn erscheint, muss nämlich auch wirklich genommen werden, wenn man böse Komplikationen vermeiden will; daher ist es von sehr grossem Werte zu wissen, in welcher Auswahl man am meisten davon geben kann, in welcher Form dieselben am besten vom Organismus ausgenutzt werden können. Eine besonders wichtige Rolle spielt bei der Ernährung des Diabetikers durch Kohlenhydrate der Hafer. Er wurde anfangs in einigen Diabetikeranstalten mit Erfolg zur Beseitigung grösserer, anormaler Mengen von Aceton benutzt und zwar kam er z. B. in der Anstalt von Professor v. Noorden als einzige Nahrung am Tage grösstenteils als dicker Haferschleim mit Butter zur Anwendung. Bei diesen Versuchen entdeckte man nun die überaus günstige Ausnutzung des Hafers im Organismus vieler Diabetiker, die diejenige des Brodes sehr wesentlich übertraf. Bei weiteren Versuchen mit Haferpräparaten machte v. Noorden noch eine wertvollere Entdeckung. Er fand mitunter, dass Diabetiker, bei denen der Zucker durch die strengste Diät nicht geschwunden war, mit Hülfe gewisser Mengen von Hafer zur strengen Diät oder durch Haferkost allein den Zucker fast verloren. Diese Erscheinung ist doch sehr auffallend. In der Anstalt von Professor v. Noorden in Frankfurt a. M. werden die Versuche mit den Haferpräparaten seit einiger Zeit in grösserem Massstabe ausgeführt und — wie ich glaube — können wir in nächster Zeit eine Veröffentlichung von berufener Seite darüber erwarten, die unser aller Interesse in höchstem Masse erregen dürfte. — Dass Haferpräparate von vielen Diabetikern im allgemeinen besser vertragen werden als andere Kohlenhydrate, war vielen Aerzten und auch Laien schon früher bekannt. Der erste, der darüber in der Literatur berichtet, ist Prof. v. Noorden und zwar finden wir seine Bemerkungen darüber in den Protokollen der Naturforscherversammlung in Karlsbad vom Jahre 1902. Denselben Ausführungen von demselben Autor begegnen wir dann später 1908 in der Berliner klin. Wochenschrift Nr. 36. — Die hier ausgesprochenen Ansichten hat jedoch Prof. von Noorden durch später gemachte Erfahrungen z. T. wesentlich geändert. Denn während er damals noch meinte, dass in der Regel nur ein Teil der besonders schweren Diabetesfälle durch Haferkuren gebessert werden kann, dagegen leichte Fälle ohne Diaceturie meist durch dieselbe Behandlung verschlimmert würden, so hat sich inzwischen in seiner Klinik herausgestellt, dass das durchaus nicht immer der Fall ist, da in sehr vielen Fällen auch bei ganz leichten Formen der Krankheit die Haferkuren einen guten Einfluss auf die Patienten hatten, — die Glykosurie konnte oft beseitigt oder stark herabgesetzt, und die Toleranz für Kohlenhydrate gehoben werden. Als Beispiel möchte ich Ihnen aus zwei Krankengeschichten ein kurzes Referat geben: Pastor P. trat in die Privatklinik von Prof. v. Noorden Anfang März a. c. mit $4^1/_2$ pCt. Zucker im Harn, vermehrtem Acetongehalt und grosser Schwäche. Durch strenge Fleisch-Fettdiät ging der Zuckergehalt herunter auf $1^1/_2$ pCt. Eine verschärfte strenge Diät, worunter in der Klinik eine Kost, bestehend nur aus grünem, kohlenhydratfreien Gemüse mit etwas Speck und einigen Eigelb verstanden wird, brachte den Zuckergehalt auf 1 pCt.; dabei blieb es nun. Erst nachdem Patient zur verschärften Diät 100 Gramm Hafer (à 20 grm. 5 $\times$ täglich) erhalten hatte, schwand der Zucker bis auf Spuren. Das Körpergewicht stieg in der Zeit um mehrere Kilogramm.

Ein zweiter leichterer Fall. X. trat in die Klinik mit einem Zuckergehalt von 0,8 pCt. Durch strenge und verschärfte strenge Diät ging der Zucker bis auf kleine Reste zurück. Die letzten Spuren wollten aber auf keine

Digitized by Google

Weise schwinden. Erst nachdem paar Tage nur Hafer genossen war und darauf strenge Diät gehalten wurde, wurde der Harn ganz zuckerfrei. Aehnlich verliefen viele andere Fälle. — Wir erleben bei der Therapie des Diabetes ganz merkwürdige Sachen, die zuweilen fast imstande sind, alle unsere bisherigen Prinzipien über den Haufen zu werfen. — In vielen anderen Fällen versagten wieder die Haferpräparate vollständig, das meiste wurde als Zucker wieder ausgeschieden. — Alle diese Tatsachen geben wiederum einen neuen Beweis zu den vielen anderen dafür ab, dass die Behandlung der Diabetiker immer eine durchaus individuelle sein muss, jeder Fall muss in seinen Eigentümlichkeiten genau untersucht und studiert werden, nach einem Schema darf man unter keinen Umständen vorgehen. Erwähnen will ich hierbei noch, dass einige Aerzte — und zwar mit Erfolg — mit Kartoffelkuren gegen die Glykosurie vorgegangen sind, auch hier wurden mitunter sehr günstige Resultate erzielt. Das ist doch auch recht merkwürdig.

Aber, m. H., die Sache wird noch etwas komplizierter. Es genügt noch immer nicht, dass wir nur die verschiedenen Kohlenhydrate in ihrer Wirkung auf den einzelnen Diabetiker prüfen, wir müssen dieselben auch in Verbindung mit verschiedenen Eiweissstoffen zum Gegenstande unserer Untersuchungen machen, denn auch hier ergeben sich mitunter grosse Abweichungen von einander. Ein Patient z. B. scheidet bei reichlicher Fleischkost mit einer gewissen Menge von Kohlenhydraten mehr Zucker aus als beim Genuss von Eisen mit nur wenig Fleisch und derselben Menge Amylaceen, bei einem anderen Kranken verhält es sich umgekehrt.

Wichtig ist es aber auch zu wissen, dass sich die ebengeschilderten Verhältnisse mit der Zeit ändern können. Was dem Organismus lange Zeit gut tat, verliert mitunter die günstige Wirkung. Es treten Verschlimmerungen auf und mit diesen neue Anforderungen an die Therapie und können wir diesen nur gerecht werden durch erneute Toleranzprüfungen und Beobachtungen des einzelnen Patienten. Es empfiehlt sich daher, besonders wo die Verhältnisse es erlauben, etwa in jedem Jahr ein Mal die obengenannten Prüfungen zu wiederholen. Nach dem Resultat dieser Prüfungen richtet sich dann wieder die weitere Therapie.

Bevor ich mit der Diätetik der Diabetiker schliesse, möchte ich mir noch erlauben, einiges über den Alkohol in der Behandlung zu sagen. Es giebt Aerzte, welche den Alkohol aus der Diät des Diabetikers durchaus verbannen wollen, doch kann dieser Standpunkt nicht gebilligt werden und wird es auch nicht von den meisten Autoren. Von Noorden hält ihn für die meisten Diabetesfälle für durchaus nötig und in ähnlicher Weise sprechen sich v. Leyden, Naunyn, v. Mehring aus. Erstens wird die Aufnahme ansehnlicher Mengen von Fett durch gleichzeitigen Alkoholgenuss wesentlich erleichtert. Zweitens führt der Alkohol dem Körper bedeutende Mengen von Brennmaterial zu und spart die Verbrennung anderer Substanzen, insbesondere von Fett. Drittens bewährt sich der Alkohol als gutes Nervinum und wichtiges Tonikum für das Herz, ganz besonders noch in den Fällen, wo der Körper seit langem an den Genuss gewöhnt war. Freilich darf man von diesem Mittel nicht unbeschränkt Gebrauch machen. Der vergiftende Einfluss des Alkohols auf das Zellenprotoplasma darf nicht stattfinden.

Auch hier besteht die Forderung, in jedem einzelnen Falle zu individualisieren; wer alle nach einem Schema behandeln will, kann auch hier oft mehr schaden als nützen. Besonders empfohlen werden Diabetikern leichte Mosel-, Ahr-, Rhein- und Bordeauxweine und nach Genuss sehr fetter Sachen ein kleines Gläschen Cognac, Rhum, Whisky, alter Korn und dergl. Erwähnen möchte ich bei dieser Gelegenheit, dass der Zuckergehalt der verschiedenen Weine sehr variirt. Da es nun entschieden von Vorteil ist, einen Wein zu wählen, der weniger Zucker enthält (geringe Mengen haben alle), schon aus dem Grunde, um lieber diese Mengen von Kohlenhydraten mit der Nahrung zu sich nehmen zu können, so werden in fast allen Anstalten sämtliche Weine im chemischen Laboratorium auf ihren Zuckergehalt geprüft und nur solche kommen auf den Tisch, welche den niedrigsten Gehalt aufweisen. Um Ihnen einige Zahlen zu nennen, erwähne ich folgendes: süsse Ungarweine, wie z. B. Ruster Ausbruch, enthalten über 20 pCt. Zucker, leichte Moselweine dagegen nur 0,05 bis 0,1— höchstens 0,2 pCt.

Russische Weine eignen sich im allgemeinen nicht für Diabetiker, denn auch die allerleichtesten Weissweine und Rotweine haben mindestens einen Zuckergehalt von 1 pCt., gewöhnlich aber mehr.

Auf die einzelnen Formen des Diabetes, die leichte, mittelschwere und schwere, wie sie jetzt von vielen unterschieden werden, und deren spezielle Behandlung möchte ich nicht näher eingehen, es würde zu viel Zeit in Anspruch nehmen. Ich will nur noch kurz die allgemeinen hygienischen Massnahmen streifen und dann auf die Anstaltsbehandlung speziell etwas näher eingehen. Ausser von einer bestimmten Diät hat der Diabetiker den allergrössten Vorteil von einer, seiner individuellen Leistungsfähigkeit angepassten Muskelarbeit. Er darf freilich nicht überangestrengt werden. Die Muskelarbeit bietet den besten Schutz gegen körperliche Kraftlosigkeit und geistige Energielosigkeit. Külz, v. Mehring, Finkler, v. Noorden haben direkt nachgewiesen, dass in vielen Fällen die Glykosurie durch Muskelarbeit vermindert wird. Doch auch hier individualisiere man und nehme vor allem Rücksicht auf das Herz.

Was die Art der Muskelarbeit anbetrifft, so werden hauptsächlich Spaziergänge, Bergsteigen, Reiten und einige sportliche Uebungen, wie Rudern, Radfahren, Turnen, Spielen im Freien empfohlen. Die Wirkung der Massage wird häufig überschätzt, doch kann auch diese herangezogen werden. Sehr zu empfehlen ist Diabetikern das tägliche Turnen in einem Zanderinstitut, besonders im Winter; im Sommer hat man gewöhnlich schon genug andere Motion. Mit den verschiedenen Zanderapparaten ist es möglich, fast sämtliche Muskeln des Körpers zur Aktion zu bringen, sie zu üben und zu stärken und dass dieses für den ganzen Stoffwechsel günstiger sein muss als irgendeine mehr einseitige Bewegung liegt wohl auf der Hand. In Karlsbad wird daher das ausgezeichnet eingerichtete und reichhaltige Zanderinstitut sehr viel von Diabetikern besucht und benutzt, und trägt wesentlich zur Unterstützung der Trinkkur bei.

Ausser der Muskelarbeit spielt die Hautpflege eine grosse Rolle. Verschiedene Bäder und häufiger Wechsel der Wäsche sind durchaus anzuraten. Verstopfung muss bekämpft werden. Im allgemeinen sollte darauf gedrungen werden, dass der Diabetiker, solange es geht, seine gewohnte und pflichtgemässe Beschäftigung fortsetzt, doch ist es empfehlenswert, 1 bis 2 mal im Jahre eine längere Pause in der Arbeit zu machen und während dieser Zeit entweder eine diätetische Kur zur erneuten Prüfung der Toleranz, eine Trinkkur, oder eine Erholungsreise zu unternehmen.

Zum Schluss möchte ich ganz besonders auf den kolossalen Vorteil aufmerksam machen, der für den Diabetiker in der zeitweiligen Behandlung in einer speziellen Anstalt liegt, wenn er dauernden Gewinn davontragen will. Mit einer Anstaltsbehandlung sollte eigentlich jede Behandlung eines Zuckerkranken beginnen. Der Diabetiker soll und kann auch nur in der Anstalt lernen, wie er leben, wie und was er essen und trinken muss, um leistungsfähig zu bleiben. Es ist hauptsächlich

Digitized by Google

das grosse Verdienst von Külz, den grossen Wert der Beobachtung und Belehrung des Diabetikers in geschlossener Anstalt praktisch erwiesen zu haben. Der Vorteil, den er zieht, beschränkt sich nicht auf den kurzen Aufenthalt in der diätetischen Anstalt, sondern er wird ihm auch zur Richtschnur und zu einem Gewinn für das ganze Leben. Strenge Diätkuren zu Hause durchzuführen ist sehr schwer, ja meist unmöglich. Die Kohlenhydrate, die noch Verwertung für den Organismus finden, müssen zum grössten Teil auch faktisch genossen werden, um keinen Schaden entstehen zu lassen und die Messung dieser Grössen, sowie die Bestimmung der Auswahl der Kohlenhydrate können zu Hause so gut wie unmöglich, — in einer gut geleiteten Anstalt spielend leicht angestellt werden. Auch die beliebten und allgemein gebräuchlichen Trinkkuren in Karlsbad schliessen sich am besten an eine Anstaltsbehandlung direkt an. Es ist doch von ungeheurem Werte für jeden Diabetiker, dass er weiss, was er verträgt und wie seine Diät beschaffen sein muss, ehe er einen Trinkkurort aufsucht. Weiss er aber das, so wird die Kur ihm einen ungleich viel höheren Nutzen bringen als sonst.

M. H. Der Hauptzweck meines Vortrages war folgender: Erstens wollte ich die Kollegen, die sich mit dieser Frage weniger beschäftigt haben, darauf aufmerksam machen, dass der Diabetes doch häufiger vorkommt, als wir es bisher anzunehmen gewohnt sind und sie auffordern, auch da Zuckeranalysen zu machen, wo noch eigentlich keine deutlichen Symptome, die auf den Diabetes hinweisen, vorhanden sind. So mancher, bisher versteckte Fall, wird dabei entdeckt werden und das Leben eines für das Leben nötigen Menschen verlängert werden können. — Zum anderen wollte ich auf die grosse Verschiedenheit der einzelnen Diabetesfälle hinweisen, die niemals nach einem Schema behandelt werden können und dürfen. Die individuelle Therapie muss immer wieder, und kann nicht genug betont werden. Da aber die Behandlung in jedem Falle eine durchaus individuelle sein muss, so folgt daraus unmittelbar, dass dieselbe – anfänglich entschieden — am allerbesten in einer gut geleiteten diätetischen Anstalt vor sich gehen kann, wo durch strenge und genaue Beobachtung wie durch experimentelle Prüfung die beste und passendste Diät und Lebensweise für jeden einzelnen Patienten festgestellt werden kann. Ich persönlich halte die Anstaltsbehandlung, namentlich am Anfang der Erkrankung, für die einzig allein richtige.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Pollatsckek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1904. XVI. Jahrgang. Wiesbaden 1905, Verlag von J. Bergmann, gr. 8°, 350 Seiten.

Der als Brunnenarzt in Karlsbad bekannte Verfasser benutzt seit dem Jahre 1889 die ihm als Arzt in einem Kurorte gegönnte Wintermusse, um alljährlich eine übersichtliche Zusammenstellung der im Laufe eines Jahres erschienenen wichtigeren therapeutischen Arbeiten zu geben. Die auf diese Weise zustande gekommenen therapeutischen Jahrbücher erfreuen sich schon seit langer Zeit der Gunst jedes Praktikers, da sie ihn bei der Anwendung der empfohlenen neuen therapeutischen Massnahmen des lästigen Suchens und Nachschlagens in den verschiedenen Zeitschriften entheben.

Der vorliegende XVI. Jahrgang bringt wiederum möglichst genau zusammenfassend das therapeutisch Wissenswerte aus der Literatur des letzten Jahres und entspricht somit den Bedürfnissen des Praktikers vollkommen. Am ausführlichsten sind die Pharmakologie, die Therapie der inneren Krankheiten, die Geburtshülfe, Dermatotherapie und die leichere operative Chirurgie bearbeitet worden, während die Gynäkologie, die Krankheiten der Augen, Ohren, der Nase, des Kehlkopfs und der Zähne nur soweit berücksichtigt sind, es als für die allgemeine Praxis erforderlich ist. Am Schluss jedes alphabetisch nach den Krankheitsnamen angeordneten Kapitels ist das Verzeichnis der einschlägigen Literatur des abgelaufenen Jahres hinzugefügt. Ein Sach- und Autorenregister erleichtert ausserdem das Auffinden des Gewünschten.

Druck und Ausstattung sind gut. Bernhoff.

Berichtigung

eines Lapsus calami: In Nr. 47, S. 487 muss es in der 5. Zeile des Artikels: Ein Fall von «Impetigo herpetiformis» statt Alberts Lehrbuch — Josephs Lehrbuch heissen.

Protokolle des XVII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. Aug. 1905.

II. Sitzung,

Diskussion über den Vortrag des Herrn Dr. B. Raue: Die Prinzipien der Diabetesbehandlung.

Dr. A. Keilmann erbittet sich vom Vortragenden Aufklärung darüber, ob Diabetes überhaupt heilbar ist, oder ob sich nur eine Besserung der Krankheit erzielen lässt, des weiteren ob der schlechte Heilungsverlauf nach operativen Eingriffen an diabetischen Frauen zu der Höhe der Zuckerausscheidung in Beziehung steht, d. h. ob erwartet werden darf, dass Verminderung der Zuckerausscheidung, die durch diätetische Massnahmen eventuell erreicht werden kann, die Prognose bessert. Es ist bekannt, dass im allgemeinen Diabetes, abgesehen von vitaler Indikation, zur Ablehnung der Operation Veranlassung ist. Meist tritt der Tod nach oft schneller Entwickelung eines komatösen Zustandes ein. Die Erklärung für diese Folgen einer Operation fehlt wohl noch. Dass die Widerstandsfähigkeit der Patienten gegen geringste Grade von Infektion so minim ist, dass sie derselben erliegen, ist vielleicht noch die plausibelste Erklärung. Im übrigen kommen auch Fälle vor, die trotz Diabetes einen ungestörten Heilungsverlauf nach der Operation darbieten. Befriedigende Klärung obiger Fragen muss operierenden Aerzten zur praktischen Indikationsstellung sehr erwünscht sein.

Dr. B. Raue: In der Literatur wird mehrfach von definitiver Heilung berichtet; doch können wir niemals eine sichere Prognose stellen und daher nie wissen, ob ein Patient, dem eine Operation bevorsteht, noch warten soll oder nicht. Da nun aber alle Verletzungen und Operationswunden bei Diabetikern meist schwer heilen und Infektionen ausgesetzt sind, so ist entschieden anzuraten, eine Operation zunächst aufzuschieben, falls es überhaupt möglich ist, und durch antidiabetische Behandlung eine Verminderung der Glykosurie anzustreben, was meist gelingt, und erst dann die Operation vorzunehmen, um eine bessere und schnellere Heilung zu erzielen. Woran es liegt, dass Wunden bei Diabetikern mehr Infektionen ausgesetzt sind als bei Gesunden, ist unbekannt. Möglicher Weise bildet ein zuckerhaltiges Blut einen besseren Nährboden für Bakterien als zuckerfreies.

Dr. G. Apping fragt, ob Herrn Dr. Raue über die von den Franzosen so sehr empfohlene Behandlung mit Santonin gute Resultate bekannt seien.

Dr. B. Raue: Dass Santonin als Heilmittel bei Diabetes angewandt wird, ist mir nicht bekannt. Ich glaube aber nicht an seine Wirksamkeit, da ich mir die Wirkungsweise nicht vorstellen kann. Bis jetzt hat sich kein einziges Medikament bewährt; das wird wohl auch mit dem Santonin der Fall sein.

Dr. O. Koppe macht in Ergänzung der vom Vortragenden angeführten diätetischen und Bewegungs-Kuren darauf aufmerksam, dass Winternitz auch von hydrotherapeutischer Behandlung gute Erfolge gesehen hat, und zwar von Kaltwasserprozeduren, welche nur eine vermehrte CO_2 Ausscheidung hervorrufen, aber niemals Acetonkörper im Urin auftreten lassen.

Dr. B. Raue: Die Hydrotherapie wird vielfach zur Unterstützung der diätetischen Kur herangezogen, und zwar oft mit wesentlichem Erfolge. Doch auch hier gilt der Grundsatz, dass individualisiert werden muss; für den einen passt die Kälte besser, für den andern die Wärme. Vor allem kommt es wohl darauf an, den Stoffwechsel anzuregen und zu heben; solches kann man durch viele Methoden der Hydrotherapie erreichen.

Dr. G. Knorre lässt jedesmal, bevor er zu einer eventuell aufschiebbaren Operation schreitet, die Diabeteskranken eine Diätkur brauchen. Aus dem Erfolge dieser Diätkur, aus der Stabilität des herabgesetzten Zuckergehaltes lässt sich dann mit grosser Sicherheit die Prognose formulieren, ob und wie die Patienten den operativen Eingriff vertragen werden. Sieht man den Zuckergehalt sich wenig bessern, sieht man ihn rasch bei geringen Diätfehlern wieder zur früheren Höhe ansteigen, dann steht man lieber ganz von der Operation ab, es sei denn, dass eine

Digitized by Google

Indicatio vitalis vorliege, wo ja die Operation an und für sich vorgenommen werden muss, ohne Rücksicht auf das Resultat des Eingriffes.

Dr. K. machte an seiner ambulatorischen Klientel dieselbe Erfahrung, welche schon von Dr. Raue betont wurde, dass eine ganze Reihe von Fällen des Diabetes von Internisten übersehen wird, wo sich die ersten Symptome des Diabetes an den Genitalorganen als Pruritus vulvae etc. äussern.

Unter den Fällen von Pruritus, welche den Gynäkologen in der Sprechstunde aufsuchen, findet sich immer eine ganze Anzahl, in denen der Pruritus nicht die Folge einer lokalen Genitalerkrankung, sondern des Diabetes ist.

Dr. A. Keilmann glaubt nach seiner Erfahrung einen so innigen Zusammenhang zwischen Pruritus vulvae und Diabetes, wie ihn die Lehrbücher erwarten lassen, leugnen zu dürfen. Pruritus vulvae ist bei weitem häufiger Folge von Endometritis, während andererseits bei Diabetes Pruritus oft fehlt. Er mag bei Endometritis eine reflektorische Neurose (Schultze) oder direkte Folge des Fluors sein.

Prof. Dr. K. Dehio möchte erfahren, ob in Deutschland, speziell in der Anstalt von Noorden, klinisch die Formen des sogenannten Nebennierendiabetes (Broncediabetes) von den gewöhnlichen Formen (pankreatogener Diabetes) unterschieden werden, und ob gemäss dieser Unterscheidung die Resultate der diätetischen Kur verschieden ausfallen.

Dr. B. Raue: Eine derartige Unterscheidung wird, was speziell die Therapie betrifft, in der Noordenschen Klinik nicht gemacht. Prof. v. Noorden spricht sich in seinem Werke über die Zuckerkrankheit nicht bestimmt für eine spezielle Theorie über die Entstehung des Diabetes aus. Die Franzosen dagegen erklären, dass immer eine Erkrankung des Pankreas bei Diabetes vorliege, entweder eine organische oder eine funktionelle.

Prof. Dr. K. Dehio fragt, ob die auffallende Differenz in der Zuckerausscheidung je nachdem, ob vom Diabetiker Weissbrot oder Haferpräparate genossen werden, vielleicht dadurch zu erklären ist, dass die Haferpräparate im Darm weniger ausgenutzt werden als Weissbrot.

Dr. B. Raue: Als Beweis dafür, dass von vielen Diabetikern die Kohlenhydrate im Hafer vom Organismus besser ausgenützt werden als diejenigen im Brot, kann die Tatsache dienen, dass fast alle Patienten, d. h. solche, die sich überhaupt für Haferkuren eignen, durch Haferdiät schnell an Körpergewicht zunehmen, in der Regel sogar um circa 1 Pf. täglich. Dies kann doch nur dann stattfinden, wenn der Hafer gut ausgenutzt wird.

Prof. Dr. K. Dehio kennt einen Fall von mittelschwerem Diabetes bei einem etwa 60-jährigen Arzte, der sich selbst sehr genau beobachtet hat und der sich am wohlsten fühlt, wenn er seine Nahrung so einrichtet, dass er ca. 1—1½ pCt. Zucker im Harn ausscheidet. Dieser Arzt hat an sich die Beobachtung gemacht, dass bei unveränderter Nahrungsweise der Zucker im Harn auf ½—¾ pCt. sinkt, sobald er Pankreatin braucht.

Dr. B. Raue: In der v. Noorden'schen Klinik sind früher sehr viele Versuche mit Organextrakten, speziell Pankreaspräparaten, gemacht worden. Da man aber nur negative Erfolge beobachtet hat, ist jetzt diese Behandlung aufgegeben worden. Ganz ausgeschlossen ist dabei aber noch immer nicht, dass mitunter sich ein Fall findet, bei dem man durch diese Behandlung einen günstigen Erfolg erlebt.

Dr. O. Thilo macht darauf aufmerksam, dass heutzutage systematische Bewegungskuren nicht blos mit Zanderapparaten, sondern auch mit anderen Apparaten bei Herzkranken und dergl. erfolgreich durchgeführt werden. Da sind z. B. die Apparate von Herz in Wien und die Apparate von Thilo, die von Herz warm empfohlen worden. Diese Apparate sind auch schon in einigen Anstalten gebräuchlich, z. B. bei Dr. Vietinghof in Pernau und bei Weiss und Hirsch in Reval. Also in diesen Städten können jetzt auch Diabeteskranke mit Bewegungskuren behandelt werden.

Dr. L. Buchholtz macht darauf aufmerksam, dass eine reichliche Fleisch- resp. Eiweissernährung beim Diabetiker bedenklich ist. Die Eiweisskörper geben bei der Oxydation eine saure Asche, weil Schwefel und Phosphor zu Schwefel- resp. Phosphorsäure oxydiert werden. Die Pflanzenkörper dagegen gaben alkalische Aschen. Bei vorwiegender Fleisch- resp. Eiweissernährung muss daher die Blutalkalescenz herabgesetzt, bei Pflanzennahrung gesteigert werden. Beim Diabetes haben wir namentlich die Säureintoxikation zu fürchten und lässt sich daher ein bedingungsloses Gestatten der Fleisch- resp. Eiweissernährung wissenschaftlich nicht rechtfertigen. Wir müssen daran festhalten, dass der Diabetiker in erster Linie Fettesser sein muss; Eiweisskörper zuzuführen ist nur in so weit rationell, als es notwendig ist, ein Stickstoffgleichgewicht zu erzielen. Um Säureintoxikation zu verhüten, ist reichliche Zufuhr namentlich von Blattgemüsen notwendig, die sich zudem für die Steigerung des Fettgehaltes als Vehikel sehr eignen. Die Diät lautet also: Fett, Blattgemüse und Eiweiss, letzteres aber nur so viel, als unbedingt notwendig ist, um den Eiweissbestand des Organismus zu wahren.

Dr. B. Raue verwahrt sich dagegen, er hätte behauptet, dass eine reichliche Eiweissernährung für alle Diabetiker am Platze sei. Er hat oft gesehen, dass in der Noorden'schen Klinik die Eiweissaufnahme für manche Diabetiker sehr wesentlich beschränkt wurde. Dagegen möchte er sich aber durchaus wenden, dass man für alle Diabetiker eine einheitliche Diät aufstelle, denn damit werde der Boden der individuellen Therapie verlassen, welche seiner Ansicht nach ein Hauptprinzip der Behandlung ist und bleiben muss.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Chef der Veterinär-Verwaltung des Ministeriums des Innern ist das Mitglied des Veterinärkomitees und Inspektor der Hauptverwaltung für Landwirtschaft, Veterinärarzt Dr. med. Nagorski, ernannt worden.

— Der Leibmedikus Dr. Leo Bertenson ist zum Mitgliede des Medizinalkonseils beim Handelsministerium ernannt worden.

— Vor kurzem beging der frühere preussische Staatsminister Dr. Freiherr Robert Lucius v. Ballhausen seinen 70. Geburtstag. Der Jubilar war ursprünglich Arzt und nahm als solcher 1859 an der spanischen Expedition nach Marokko teil, um dann im folgenden Jahre mit der preussischen Expedition unter dem Grafen Eulenburg als Gesandschaftsarzt nach Ostasien zu gehen. Von dort heimgekehrt, widmete er sich der Verwaltung seiner Güter und fungierte von Anfang 1888 — Ende 1890 als preussischer Landwirtschaftsminister.

— Der Abteilungschef der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Ssacharow ist krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Der Beamte für besondere Aufträge VI. Klasse bei der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Kamenski ist zum stellv. Leiter des Laboratoriums der Fabrik zur Anfertigung von Medizinalpräparaten fürs Militär ernannt worden.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner bei Port-Arthur sind nachstehende Orden verliehen worden:

Der St. Wladimirorden III. Klasse mit Schwertern — dem Gehülfen des Oberarztes des Sewastopoler Marinehospitals, Dr. Obesjanow.

Der St. Wladimirorden IV. Klasse mit Schwertern — den jüngeren Aerzten Dr. Sternberg und Dr. Kefeli, von der 18. resp. 37. Flotteneqnipage.

Der St. Stanislausorden II. Klasse mit Schwertern — dem älteren Arzt der 12. Flotteneqnipage, Dr. Jürgenson und dem jüngeren Arzt dieser Eqnipage, Dr. Reinwald.

— Der gegenwärtig verabschiedete ehemalige Arzt des Berginstituts der Kaiserin Katharina II. Dr. Fomin ist zum wirklichen Staatsrat befördert worden.

— Die Pariser Akademie der Wissenschaften hat in ihrer letzten Jahressitzung bei der Verteilung der zahlreichen Preise in der medizinischen Abteilung den Montyon-Preis dem seinerzeit durch seine anarchistischen Neigungen bekannt gewordenen Arzt Paul Reclus für seine Schrift über den geeigneten Gebrauch von Kokain in der Chirurgie verliehen. Den Bréant-Preis erhielt Dr. Frédéric Borel für seine Arbeiten über Cholera und Pest in Beziehung zu den muhamedanischen Pilgerfahrten.

— Die Redaktion des Janus, der von Peipers begründeten internationalen Zeitschrift für Geschichte der Medizin und medizinische Geographie, haben als Nachfolger des jüngst verstorbenen Professors van der Burg, Prof. Dr. Nieuwenhuis und Prof. Dr. van Leersum (beide in Leyden) übernommen. Ersterer wird den medizinisch geographischen, letzterer den medizinisch-geschichtlichen Teil des Janus leiten.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 25. Dezember hierselbst der Direktor der hiesigen Augenheilanstalt Prof. Dr. Jerofei W. Kostenitsch im Alter von 51 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher seit 1883 ärztlich tätig war, fungierte auch als Professor der Augenheilkunde am Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna und als klinischer Professor am Nikolai-Militärhospital. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir in der nächsten Nummer. 2) In Moskau der Privatdozent für pathologische Anatomie Dr. Viktor Worobjew im 42. Lebensjahre. Er wurde während des letzten Aufstandes in seiner Wohnung, wo er eine Zufluchtund Verbandstation für Verwundete der revolutionären

Digitized by Google

Kampfgenossenschaft eingerichtet hatte, bei einer Haussuchung durchs Militär erschossen. Nach Absolvierung seiner medizinischen Studien an der Moskauer Universität i. J. 1888, liess W. sich als freipraktizierender Arzt in Moskau nieder, und habilitierte sich später als Privatdozent für pathologische Anatomie an der dortigen Universität. Im vorigen Jahre wurde er zum Vizepräses der Moskauer therapeutischen Gesellschaft gewählt.

Von Universitäten, med. Instituten u. Kongressen.

— Auf den neuerrichteten Lehrstuhl der Hygiene an dem Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ist Prof. G. W. Chlopin (früher Professor der Hygiene in Dorpat, dann in Odessa) berufen worden.

— Zum Rektor der Helsingforser Universität ist, an Stelle des zum Senator beförderten Professors Wrede, der frühere langjährige Inhaber dieses Amtes, Professor Dr. Edv. Hjelt ernannt worden.

— An der Universität München ist der Privatdozent Dr. Hans Neumayer zum ausserordentlichen Professor für Hals- und Nasenkrankheiten und als solcher zum Nachfolger des verst. Professors Schech, dessen Assistent er war, und Leiter des Ambulatoriums für Kehlkopfkranke ernannt worden.

— Dem Abteilungsvorsteher am physiologischen Institut der Berliner Universität und Privatdozenten Dr. René du Bois-Reymond und dem Oberarzt der chirurgischen Universitätsklinik und Privatdozenten in Königsberg Dr. Richard Bunge ist der Professortitel verliehen worden.

— Sowohl der Kongress Russischer Chirurgen, welcher in der letzten Dezemberwoche d. J., als auch der Kongress Russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow, welcher in der ersten Januarwoche 1906 in Moskau stattfinden sollte, sind wegen des Kriegszustandes in Moskau aufgeschoben worden.

— Eine Sonderausstellung für «Geschichte der Medizin in Kunst und Kunsthandwerk» wird anlässlich der Eröffnung des Kaiserin Friedrich-Hauses in Berlin von Ende Februar bis Mitte April daselbst veranstaltet werden. Die Ausstellung wird folgende Gruppen umfassen: I. Originalgemälde (keine Reproduktionen, keine Photographien): Oel-, Aquarell-Zeichnungen u. s. w., mit historischem Bezug auf die Medizin. II. Graphische Künste: 1. Flugblätter und Einblätter mit Schriftsatz. 15—18. Jahrhundert. 2. Kupferstiche, Radierungen, Schabkunstblätter u. s. w. mit medizinisch-interessantem Inhalt bis zur Neuzeit. 3. Künstlerische Plakate für Naturforscher-Versammlungen, Ausstellungen u. s. w. 4. Ex libris (auch von lebenden Aerzten). III. Keramiken und Plastiken: 1. Frauenschalen. 2. Künstlerische Apothekergefässe, Aderlass- und Barbierschalen. 3. Plastiken und Statuetten von Medizinern. 4. Plaketten, Münzen und Medaillen. IV. Medizinische Erzeugnisse des Kunsthandwerks, namentlich der Renaissancezeit bis zum 18. Jahrhundert: Instrumente, Schienen und Apparate des gesamten alten Heilpersonals (Bader, Chirurgen u. s. w.). V. Alte illustrierte Prachtbücher: 1. Illustrierte Handschriften und Prachtausgaben der Klassiker. 2. Illustrierte Werke zur Geschichte der anatomischen Abbildung. 3. Illustrierte Standeschroniken und ähnliches. VI. Römische u. s. w. Instrumente, in Deutschland gefunden. Die Leitung der Ausstellung hat Dr. Holländer-Berlin, Kleiststr. 3 übernommen, an welchen alle Zuschriften betreffend die Ausstellung zu richten sind.

Standesangelegenheiten.

— Wie die Tagesblätter melden, soll in den betreffenden Regierungskreisen die Frage der Errichtung eines Ministeriums der Volksgesundheit beraten werden.

— Ein sonderbares Urteil. Als standesunwürdig für einen deutschen Arzt hat es, wie die «Freie Deutsche Presse» mitteilt, der ärztliche Ehrengerichtshof in Berlin angesehen, wenn ein Arzt, der in erster Linie einen freien, mit besonderer Verantwortung verbundenen, auf den Grundlagen wissenschaftlicher Bildung ruhenden Beruf ausübt, seine Praxis gegen Entgelt auf andere überträgt. Der Angeschuldigte, welcher eine ärztliche Anstalt besass, hatte seine Praxis für den Preis von mindestens 14,000 Mark verkauft. Mit Rücksicht auf verschiedene Milderungsgründe wurde in der Berufung nur auf eine Warnung erkannt, während das Urteil erster Instanz auf Verweis und 150 Mark Geldstrafe gelautet hatte.

Epidemiologisches.

— Ueber die Cholera und Pest liegen folgende offizielle Nachrichten aus dem Reich vor:

Cholera. Im Kreise Lomsha kamen vom 15. bis zum 17. Dezember neuerdings 2 Choleraerkrankungen vor. Einem Telegramm des Gouverneurs von Siedlce zufolge, wurden in der Stadt Wengrow (Gouv. Siedlce) vom 10. November bis zum 13. Dezember 22 Choleraerkrankungen konstatiert, von denen 10 mit dem Tode endigten. Ferner wurde in Sokolow ein choleraverdächtiger Fall beobachtet, zu dessen Klarstellung eine bakteriologische Untersuchung eingeleitet ist.

Pest. Im Narynschen Teil und im nördlichen Rayon des 2. Primorski-Bezirks der Kirgisensteppe verstarben vom 10. bis zum 12. Dezember von den früher an der Pest Erkrankten 2 und verblieben 3 Kranke. Die übrigen Teile der Kirgisensteppe sind pestfrei. Ebenso ist das Transbaikalgebiet für pestfrei erklärt worden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Von dem Präsidenten der Estländischen Abteilung der Russ. Gesellschaft des Roten Kreuzes A. Baron Buxhoewden wird nachstehende Kundgebung veröffentlicht, die wir hier verkürzt wiedergeben:

Noch sind kaum die Schrecken des Krieges verklungen, und mit ihnen die Tätigkeit des «Roten Kreuzes» mehr in den Hintergrund getreten — so sind wir, durch die entsetzlichen Greueltaten und Zustände der ausgebrochenen Revolution in der eigenen Heimat gezwungen, die Fahne des «Roten Kreuzes» aufs neue zu entfalten, damit unter ihrem Schutze allen etwa bei den Zusammenstössen des Militärs mit den Revolutionären Verwundeten — seien es nun Schuldige oder Unschuldige — ärztliche Hülfe und Pflege zuteil werde. Es ist bereits ein Sanitätszug unter Leitung von Dr. Tobiesen, bestehend aus drei Schwestern des «Roten Kreuzes» und ebensoviel freiwilligen Sanitären aus den gebildeten Kreisen fertig gestellt, um jeden Augenblick bereit zu sein dem Rufe nach Hülfe zu folgen.

Da jedoch möglicher Weise diese Zahl nicht genügen wird, so sind aus der Hauptverwaltung des «Roten Kreuzes» freundlichst Sanitäre zur Disposition gestellt worden; es könnte aber ein Mangel an Schwestern eintreten, daher werden diejenigen Damen, die sich diesem Samariterdienste widmen wollen, aufgefordert, sich bei der Frau Vizepräsidentin des Damen-Komitees — J. von Riesenkampff, im eigenen Hause in der Mauerstrasse, zu melden, woselbst sie jeder Zeit die nötigen Auskünfte erhalten können.

— Nachdem die Regierung zahlreiche, der Garde angehörige Truppen zur Bekämpfung des Aufstandes in die Ostseeprovinzen gesandt hat, ist auch die Militärverwaltung bemüht, alle Vorkehrungen für den Feldzug zu treffen. So ist der erste Sanitätszug, bestehend aus 16 Pullmanwagen für die Aufnahme von Kranken und Verwundeten, am 15. Dezember in Walk eingetroffen. In diesem Sanitätszuge befanden sich die Oberärzte Schilow und Welitschko, mehrere Aerzte, Pflegeschwestern, 30 Sanitäre etc., sowie eine grosse Menge von Verbandstoff und medizinischen Utensilien. Weitere Sanitätszüge sollen noch folgen.

— In der neuen Apothekertaxe des deutschen Reiches für 1906 sind 178 Arzneimittel im Preise erhöht und 219 im Preise ermässigt worden. Die Erhöhung ist eingetreten bei den Bromsalzen, Morphin, Veronal, Ipecacuanha, die Herabsetzung bei Alkohol, Aq. chlorata, Wismutpräparaten, Chinin, Cocain, Coffein, Creosot, Natrium jodat., Ol. jecoris aselli, Pepsin, Pyramidon, Sulfonal, Quecksilbersalzen u. a. Neu aufgenommen sind keine Mittel.

Bf.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 10. Jan. 1906.

Tagesordnung: Blessig: Präsidialvortrag.
Berichte der Sekretäre und des Kassirers.
Beschlussfassung über Anträge betreffend:
1) die Beteiligung des Vereins an der Hilfeleistung in den Hungergegenden.
2) das i. J. 1909 bevorstehende 50-jährige Jubiläum des Vereins.
Wahlen.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. Jan. 1906.

Digitized by Google

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

(107) 26—6.

Marke „Pfeilring".

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

показанъ при АНЕМІИ, РАХИТѢ, КАХЕКСІИ, НЕВРАСТЕНІИ и при всевозможныхъ состояніяхъ слабости въ качествѣ укрѣпляющаго и тонизирующаго нервную систему средства.

Совершенно не раздражаетъ. Охотно принимается. Хорошо усваивается. Господамъ врачамъ образцы и литературу высылаетъ безплатно Маг. К. И. Креслингъ, Спб., Б. Конюшенная 29.

Покорнѣйше просимъ прописывать **САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ** во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (63) 18—13.

HEFE-SEIFEN

nach **Dr. Dreuw**, Hamburg, (Literatur: deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, № 27 u. 1905 № 18). Vorzügliches Mittel gegen **Acne, Folliculitis, Furunkulose, chron. Ekzeme.**

Zu haben in allen Apotheken. **Muster gratis.**

George Heyer & Co., Hamburg 4.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. **Koeniger.**

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Gülzen**, W. O., 17 Linie, Haus № 16 Qu. 18.
Sophie Nafthal, Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.
Frau **Adelheid von Fersen**, Katharinenkanal 81, Q. 20.
Frau **Tursan**, Спасская 21, кв. 6.
Frau **Minna Rieser**, geb. **Franke**. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.
Frau **Elvine Juckam**, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.
Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
J. **Krohn**, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

Digitized by Google

Creosotal

Creosotal „Heyden“ ist das bewährteste **Antiphthisikum**; mit Duotal alternierend darzureichen. Ganz hervorragend als **innerliches Antiskrofulosum.** In hohen Dosen (10—15 g. tägl., für Kinder 1—6 g., in 4 Teilen) ein sicher und schnell wirkendes Mittel bei allen **akuten Erkrankungen der Luftwege** von den einfachsten Erkältungsformen bis zur **kompliziertesten Pneumonie.** — **Creosotal „Heyden“** besitzt die reine Heilwirkung des Kreosots, frei von dessen zerrüttenden ätzenden Nebenwirkungen.

Collargol

Bei **septischen** Erkrankungen, besonders **Septikämie** und **Puerperalprozessen** (auch **prophylaktisch** gegen **Puerperalfieber**), bei **Appendicitis** etc. in Lösung zur **intravenösen, rektalen** und innerlichen Anwendung, als **„Unguentum Credé“** zum Einreiben. Auch zur **Wundbehandlung** empfohlen. — **Collargoltabletten** zu 0,05 und 0,25 g.

Salocreol

Salicylsäurekreosotester. Wirksamstes Mittel zur **äusserlichen** Behandlung von **Lymphdrüsenschwellungen** (bei **Skrofulose** nach Masern, Scharlach, Influenza, etc.)

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik v. Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet, St. Petersburg, W. O., Sredny Prosp. 8.

Styptol (Knoll)

Uterines Haemostaticum.

Vereinigt die blutstillende Wirkung des Cotarnins und der Phtalsäure.

Anthrasol (Knoll)

Entfärbter Teer.

Besonders juckstillend und keratoplastisch. Anwendung wie gewöhnlicher Teer.

Literatur und Proben kostenlos!

KNOLL & Co. • LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*
Die Wirkung des „Pertussin“ war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr **Präparat** als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska** 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker**, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19**, Seydelstrasse 16. (99) 10—8.

Die Buchhandlung von **K. L. Ricker** St. Petersburg, Newsky Pr. 14, nimmt entgegen

Abonnements,

auf sämtliche in- und ausländische Zeitschriften mit Garantie für rechtzeitige Zustellung und versendet auf Wunsch zur Ansicht alle Neuigkeiten der medizinischen Literatur in russischer, deutscher, französischer und englischer Sprache. (118) 2—2.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Ludmilla Kawalkewits, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 1. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1905.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenie (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russischer Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Russ. Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Russkoje chirurgitscheskoje obosrenje (Russische chirurgische Rundschau).
Sowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Sowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Wratschebnaja gazeta (Aerzte-Zeitung).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).

Chirurgija Bd. XV, Nr. 90—92.

A. Starkow. «Die arterielle Blutversorgung des Rektums». (Anatomische Untersuchung). (Nr. 90).

W. Mintz. «Traumatische Facialisparalyse, geheilt durch Nervenüberpflanzung». (Nr. 90).

Ein 30-jähriger Patient hatte nach einer Mastoideustrepanation eine linksseitige Facialislähmung bekommen. M. suchte den den sternocleidomastoideus versorgenden Zweig des Nervus accessorius auf und vernähte ihn mit dem Facialisstamm, den er beim Eintritt in die Parotis freilegte. Schon nach zwei Monaten konnte Pat. das linke Auge schliessen. Auch im übrigen Facialisgebiet stellten sich Bewegungen ein, nur leichte Parese einzelner Muskeln und Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit blieb zurück.

N. Michailow: «Beobachtungen an Brüchen». (Nr. 90).

Die Arbeit bringt eine Reihe interessanter Fälle aus der Herniologie, ungewöhnliche Formen von Brüchen und Hernien, die diagnostische Schwierigkeiten darboten. Was die Behandlung der eingeklemmten Brüche anbetrifft, so steht Verf. auf dem Standpunkt gangränösen Darm, wenn es der Zustand des Pat. irgend erlaubt, primär zu resecieren. Bei der Radikaloperation hat M., um Blutungen aus dem Funiculus zu vermeiden, oft den Bruchsack nur am Halse isoliert und unterbunden, den Rest aber in situ belassen.

A. Orlowski: «Ueber die Radikaloperation der Hernien». (Nr. 90).

Nach O's Meinung sind weder die Bassini'sche noch die Kocher'sche Operationsmethode im Stande mit Sicherheit Recidive zu verhüten; bei der ersten Methode bleibt ein schwacher Punkt am Bruchsackstumpf zurück, während bei der zweiten der Leistenkanal nicht genügend fest wiederhergestellt wird. O. kombiniert daher beide Methoden, er verlagert den Bruchsackhals nach Kocher und schliesst den Leistenkanal nach Bassini. Nach dieser kombinierten Methode sind eine ganze Reihe von Fällen mit günstigem Resultat operiert worden. 157 kurze Krankengeschichten beschliessen die Arbeit.

J. Georgijewski: «Ueber die Naht der Blutgefässe». (Nr. 91).

Kritische Besprechung an der Hand der vorhandenen Literatur.

D. Kusnetzki: «Die Resultate der operativen Behandlung der Leisten- und Schenkelbrüche im Landschaftshospital zu Nischne-Tagilsk.» (Gouv. Perm). (Nr. 91).

Der Bericht umfasst die Jahre 1899—1903, in welcher Zeit 259 Herniotomien gemacht wurden (242 Leisten-, 17 Schenkelhernien). Die Mehrzal der Leistenhernien wurde nach Bobrow operiert, (192), doch räht K. wegen der relativ häufigen Recidive (8,9 pCt.) bei schwer arbeitenden erwachsenen Männern lieber das Bassini'sche Verfahren einzuschlagen.

S. Derjushinski. «Exstirpation einer Blasengeschwulst bei einer Frau». (Nr. 91).

D. entfernte bei einer 24-jährigen Patientin durch die Sectio alta einen kleinapfelgrossen fibrösen Polypen, der breitbasig der seitlichen Blasenwand in der Nähe der linken Uretermündung aufsass. Der ca. silberrubelgrosse Defekt in der Blasenschleimhaut konnte durch Nähte geschlossen werden. Heilung.

Th. Tuffier: «Ueber die Enucleation der Uterusfibrome». (Nr. 91).

In dieser nach dem Manuskript ins Russische übersetzten Arbeit entwickelt T. seinen Standpunkt in der Behandlung der Uterusfibrome. Er plädiert für ein konservatives Verfahren und will die Hysterectomie in möglichst ausgedehntem Masse durch die Enucleation der Fibrome ersetzt wissen. Die von T. geübte Technik, Drainage und Nachbehandlung wird ausführlich geschildert.

D. Blumberg: «Die Stellung der Augen und die Pupillenreaktion während der Narkose». (Nr. 92).

W. Wedenski: «Ein Fall von multipler Osteomyelitis». (Nr. 92).

Der 15-jährige Patient erkrankte plötzlich mit hohem Fieber und Schmerzen im rechten Oberarmknochen beiden Tibien und im Metatarsus V des linken Fusses. Schwer septischer Zustand. Operation am 12. Tage. Trepanation der erkrankten langen Röhrenknochen und Exstirpation des Metatarsus V. Nach langem und schwerem Krankenlager erfolgte schliesslich Heilung.

A. Cholodkowski: «Zusammenfallen von Schwangerschaft mit einer Dermoidcyste des Ovariums und Ileus». (Nr. 92).

Eine 22-jährige im 5. Monat schwangere Frau erkrankte nach einem Fall an Obstipation und Erbrechen, die sich langsam aber stetig verschlimmerten. 14 Tage nach dem Unfall Aufnahme ins Hospital. Schwerer Allgemeinzustand. Meteorismus, Kotbrechen. Im Abdomen neben dem Uterus ein Tumor palpabel. Laparotomie. Sehr schwierige Orientierung, zahlreiche Verwachsungen zwischen den geblähten Darmschlingen, Uterus und Tumor. Irrtümlich wurde anfangs der Uterus für den Tumor angesehen und punktiert. Das abfliessende Fruchtwasser deckte den wahren Sachverhalt auf. Die Stichwunde im Uterus wurde vernäht und der Tumor, ein Dermoid des Ovariums, exstirpiert. Jetzt kolla-

Digitized by Google

berte der geblähte Darm und es gingen Winde ab. Vernähung der Bauchwunde. Heilung. Nach 5 Monaten normale Geburt eines ausgetragenen Kindes.

E. Hermann: «Zur Kasuistik der bösartigen Geschwülste bei Neugeborenen». (Nr. 92).

Es handelt sich um ein ca. faustgrosses, exulceriertes Angiosarcom an der rechten Hand eines 2 Wochen alten Kindes männlichen Geschlechtes.

W. Fick.

Russki Shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei. 1904. Heft 8, 9, 10.

Selenew: «Zur Pathologie der freien Talgdrüsen»: a) Cheilitis exfoliat. et Keratosis follic. b) Adenomatosis hypertroph. cystoides labior. minor. vulvae.

S. hält die gelbe Farbe der freien Talgdrüsen für bedingt durch Pigment, wie es sich beim Xanthelasma findet. Bei dem sub. a) bezeichneten Falle handelte es sich um einen 23-jährigen Mann, der seit 4 Jahren an Trockenheit der Lippen mit bräunlicher Verfärbung der Mundwinkel mit starker Schuppung litt. Neben freien Talgdrüsen fanden sich an den Lippen deutliche Zeichen einer Keratosis follicularis. Der 2. Fall betraf eine Luetica mit reichlichen freien Talgdrüsen an den kleinen Labien und einen cystenähnlichen kleinen Tumor, der sich durch die mikroskopische Untersuchung als aus den Talgdrüsen hervorgegangen erwies. Aus den sehr interessanten Untersuchungen, bei denen S. vielfach auf die von Thimm an Schweissdrüsen gefundenen Resultate verweist, ergeben sich einige Schlüsse, die auf allgemein pathologische Bedeutung Anspruch machen können: vollkommene Analogie von Entwicklung und Bildung multipler Kystadenome der freien und nicht freien Talgdrüsen auf der Cystenbildung der Schweissdrüsen. 2) ist der Nachweis erbracht, dass die freien Talgdrüsen auf den kleinen Labien sich ebenso wie an anderen Orten aus epithelialen Fortsätzen bilden können. 3) klarer Zusammenhang der Bildung der Cyste und ihrer Wände mit der Epithelialschicht. 4) Analogie der Veränderungen an freien und nicht freien Talgdrüsen. 5) Nachweis der cutanen Structur der kleinen Labien — auf ihnen finden sich Haare und Talgdrüsen. 6) Auf den kleinen Labien kann man auch Dermatitis exfoliativa und Hypertrophie, resp. Atrophie der Malpighi'schen Schicht beobachten.

Der Arbeit sind eine Reihe interessanter Abbildungen beigegeben.

Bakaleinik: «Hydraulischer Dilatator zur Diagnostik und Therapie der Stricturen. Innerliche Massage der Prostata und Urethra. Dilatation der Ureteren».

Verf. hat einen Apparat konstruiert, der auch für den Oesophagus, Tuba Eustachii, Cervix uteri etc. Verwendung finden soll. Er besteht aus einem Gummischlauich, in den Wasser eingepumpt wird.

Djatschkow: «Zur Kasuistik extragenitaler weicher Schanker».

In einem Falle sass das Geschwür auf dem Fussrücken, in einem anderen an den Weichteilen der Endphalanx eines Fingers, in mehreren Fällen auf dem Rücken des Fingers, auf der Seitenfläche des Rumpfes, auf dem Bauch und an der Ferse.

Burschalow: «Ein Fall von Abszess des Hodens».
Im Auschluss an gonorrhoische Epididymitis entstanden.

Wichert.

Russklj Wratsch. 1904. Nr. 29—31.

G. Jossifow: «Die Bedeutung der Erweiterung des Anfangsteiles des Ductus thoracicus für die Fortbewegung der Lymphe». (Nr. 29).

Verfasser findet, fussend auf seinen vergleichend anatomischen Studien, dass der Erweiterung des Anfangsteiles des Ductus thoracicus durchaus eine funktionelle Bedeutung zukomme. Seine Lage an der Grenze zwischen Brust- und Bauchhöhle und die Verbindung dieser sogenannten Zisterne mit den mittleren Schenkeln des Diaphragmas bedingen eine intensive Beeinflussung des Füllungszustandes der Zisterne durch die Atmung. Bei der Inspiration richten sich die Diaphragmaschenkel auf — es erfolgt Ausziehung der Zisterne. Bei der Exspiration erfolgt Anlegen der Schenkel an die Wirbelsäule und dadurch starker Druck auf den bewussten Teil des Ductus thoracicus. Da Klappen ein Ausweichen nach unten verhindern, wird die Lymphe nach oben fortbewegt. Durch die Aspirationswirkung der Lungen erfährt die Fortbewegung noch eine Unterstützung.

M. Masslowski: «Die Wirkung des Antistreptokokkenserums in 2 Fällen von Appendicitis». (Nr. 29).

M. beschreibt 2 Fälle von in Eiterung übergehender Appendicitis, bei denen am 14. resp. 11. Tage nach Beginn der Erkrankung an zwei aufeinander folgenden Tagen je 20 ccm. Antistreptokokkenserum Marmoreck eingespritzt wurde. Unter lytischem Abfall des Fiebers erfolgt relativ rasches Zurückgehen des Lokalprozesses und Genesung.

A. Rudski: «Zur Frage der Silberbehandlung bei Gonorrhoe des Endometriums».

R. hat 19 Fälle von Endometritis gonorrhoica mit Bepinselung der erkrankten Schleimhaut mit Protargollösung 5 pCt.—15 pCt.) = 14 Fälle und mit Ichtargan (0,2 pCt.—3 pCt.) = 5 Fälle behandelt. In 4 Fällen wurde die Lösung ins cavum uteri eingespritzt, in 4 Fällen war vorhergehend Dilatation des Cervicalkanals notwendig. Die Infektion lag von 6 Wochen bis zu 10 Monaten zurück. Die Diagnose wurde durchs Mikroskop gesichert. Als gesund galten die Patienten erst nach noch mehrfach negativen Untersuchungsbefunden. Angewandt wurde die Therapie bei Lokalisierung des Prozesses auf die Cervix allein oder bei Ergriffensein des gesammten Endometrium's. Komplikationen von Seiten der Adnexe gelten als Kontraindikationen. Von 19 Kranken konnten nur 7 als gesund entlassen werden. Bei zweien musste die Behandlung wegen Eintritt von Schmerzen abgebrochen werden, in drei Fällen schloss sich an die Behandlung eine Gonorrhoea ascendens an. Bei den Uebrigen war nur eine Besserung eingetreten d. h. trotz subjektiven Wohlbefindens waren die Gonokokken nicht verschwunden.

Ljasso: «Der heutige Stand der Behandlung des Alkoholismus und seiner Komplikationen».

Neben der Alkoholneuritis sind es vornehmlich die Analogien zwischen Epilepsie und periodischem Alkoholismus acutus, die L. beachtet wissen möchte. Hier und dort oft dieselben Prodrome — häufiges Auftreten von epileptischen Krämpfen bei periodischen Säufern etc. L. schliesst sich Prof. Kraepelin an, der in den periodischen Säufern nur eine besondere Form der Epileptiker sieht. Das Delirium tremens sieht Verf. als Autointoxikation an — in Folge Darniederliegen des Stoffwechsels. Diese Ansicht stütze der ausgezeichnete Erfolg von Kochsalzinfusionen. Atropininjektionen (0,0005—0,001) hatten gute Erfolge. Die Hallucinationen hörten auf, es trat ruhiger Schlaf ein.

Bei chronischen Säufern empfiehlt Verfasser die Suggestion in Hypnose. In 60 von 100 Fällen wurde sie mit Erfolg angewandt. Eine günstige Beeinflussung der nervösen und Magen-Darmerscheinungen sah Verfasser durch Strychnin, doch keine Unterdrückung des Hangs zum Trunke. In allen Fällen, wo auch Hypnose nicht zum Ziel führt, tritt Anstaltsbehandlung in ihre Rechte. Der Prophylaxe kommt im Kampfe gegen den Alkohol die erste Stelle zu, wie die Erfolge der Mässigkeitsbestrebungen in den Skandinavischen Ländern beweisen.

I. Seldowitsch: «Ueber die Verletzungen durch die japanischen Feuerwaffen». (Nr. 30).

Die Arbeit eignet sich nicht zum Referat, da das Hauptinteresse sich auf die Krankengeschichten konzentriert — nur so viel sei erwähnt, dass aus denselben hervorgeht, wie relativ leicht die Verwundungen in Sonderheit durch die japanische Flintenkugel sind und wie bei penetrierenden Brust- und Bauchschüssen sowohl als auch Knochenwunden die konservative Behandlung die denkbar günstigsten Resultate giebt.

W. Sisemski: «Zur Frage der Serotherapie bei Ozaëna». (Nr. 30).

S. behandelte 2 Fälle von Ozaëna mit Antidiphtherieserum. Der eine Fall, der wesentliche Besserung zeigte, entzog sich leider der Behandlung. Der zweite wurde bis zur völligen Genesung beobachtet. Noch nach $2^1/_2$ Jahren erfreut sich Patientin völliger Gesundheit. Nach vergeblicher Lokalbehandlung und Einleitung einer Schmierkur dreimalige Injektion von 1000, 3000 und 4000 Einheiten. Im Verlauf von $1^1/_2$ Wochen völliges Wohlbefinden

Die Theorie der Wirkung ist unklar, da man über den Erreger der Ozaëna noch völlig im Ungewissen schwebt. Belfanti und della Vedova züchteten einen diphtherieähnlichen Bazillus, der sich bei mit Serum vorbehandelten Tieren

Digitized by Google

als wirkungslos erwies. Die ersten Versuche am Menschen gaben schöne Resultate. Seitdem sind an 110 Fälle veröffentlicht worden. Mit Ausnahme dreier Fälle sind die Kranken entweder geheilt (28 pCt.) oder wesentlich gebessert worden.

A. Simin: «Die Entfernung der langen Röhrenknochen bei akuter Osteomyelitis». (Nr. 30).

Ver. beschreibt 2 Fälle bei denen, nachdem breite Spaltung keine Besserung herbeigeführt, Teile der Tibia von 15 resp. 21 cm. Länge aus der Knochenhaut ausgelöst und entfernt wurden. In beiden Fällen Genesung mit Restitution des Knochens.

S. Rubinow: «4 Fälle von Tollwut bei Menschen nach Behandlung mit Pasteurschem Serum».

R. giebt die Krankengeschichten von 4 Fällen von Tollwut mit tödtlichem Ausgang. Alle Kranken kamen rechtzeitig in Behandlung. Ein Fall starb im Institut am 18 Tage. Drei verliessen in gutem Zustande das Institut in Moskau, um zu Hause 5 Wochen, 18 Tage nach Schluss der Behandlung zu erkranken.

R. wirft die Frage auf: entsprach das angewandte Serum den gestellten Anforderungen? Wenn ja, ist die Behandlung wirklich im Stande die Erkrankung zu koupieren? Viele der dem Institute Eingelieferten sind gar nicht von tollen Tieren gebissen worden und bei vielen der Gebissenen blieb die Erkrankung auch ohne Behandlung aus. Die günstigen bisherigen Statistiken bedürften einer Revision.

K. Slawski: «Zur Frage der Schussverletzungen des Magens und der Bauchspeicheldrüse — nebst Beschreibung eines einschlägigen Falles mit Ausgang in Genesung». (Nr. 31).

Die Verletzungen der Bauchspeicheldrüse sind selten. Mikulicz sammelte im Ganzen 21 Fälle. Hiervon entfielen auf Schussverletzungen 12, auf Stichverletzungen 9. Von den 12 wurden 5 operiert — 3 genasen. Die 7 Nichtoperierten starben Die Diagnose ist schwer exact zu stellen; aus der Richtung des Schusskanals lässt sich eine Verletzung nur mutmassen. Verf. beschreibt seinen Fall, bei dem sowohl der Magen als auch die Pankreasdrüse in der Mittellinie — 10 ctm. vom Schwanzende — durch die Kugel perforiert war. Die Behandlung bestand in Laparotomie, Vernähung der Magenverletzungen und Tamponade der Pancreasverletzung. Die Genesung war durch eine Pankreasfistel verzögert, die sich jedoch allmählich schloss. Patientin wurde gesund entlassen.

E. Guschkina: «Aerztlicher Bericht über die Tätigkeit der städtischen Gebärasyle von 1902—1903».

Die Arbeit, die nur das Zahlenmaterial gibt — eignet sich nicht zum Referat.

M. Totescha: «Zur Frage der Inversio uteri nebst Beschreibung eines Falles totaler Inversion sub partu». (Nr. 31).

Bei einer 18-jähr. schwächlicher Erstgebärender erfolgte nach Anwendung der Credé'schen Expression der Plazenta durch die Hebamme $^1/_2$ Stunde post partum eine totale Inversio uteri mit nachfolgender Blutung. Nach mühevoller Reposition, die rechts seitlich am Cervix anfangend allmählich zum fundus vorschritt — und nachfolgender Tamponade stand die lebensgefährliche Blutung. Das Zustandekommen der Inversion erklärt Verfasser, die Literatur heranziehend, als nicht allein durch Kunstfehler bei der Nachgeburtsbehandlung, sondern etwa in der Hälfte der Fälle als durch allzufestes Haften der Plazenta bei Atonie des Uterus bedingt.

W. Subbotin: «Zur Frage der Erysipelbehandlung». (Nr. 31).

Verf. combiniert eine 10-pCt. Ichtyolsalbe mit grauer Salbe so, dass die befallene Stelle mit ersterer bestrichen wird, die Umgebung mit letzterer. Das ganze erhält einen Watteverband. Innerlich zweistündlich Salicyl, zur Nacht Codeïn. Coffeïn bei Herzschwäche. Bei Befolgen dieser Grundsätze will Verf. schnelle Genesung ohne Eintritt von Complicationen gesehen haben.

Luchsinger.

Woenno-Medicinskij Shurnal. Juni—September. 1904.

J. Kijanizin: «Untersuchungen über die nützliche Arbeit verschiedener Systeme der künstlichen Ventilation der Wohnräume und kritische Beleuchtung desselben».

E. Rippe: «Ein Fall von Sarkom des Oberschenkels, kompliziert durch zahlreiche Metastasen in der Bauchhöhle».

W. Tichomirow: «Ueber die Behandlung der Perityphlitis».

Aus einer kurzen Uebersicht der betreffenden Literatur kommt Verf. zum Schlusse, dass ein chirurgisches Eingreifen bei Appendicitis nur in einer geringen Anzahl der Fälle notwendig ist. Am Krankenbette eines Patienten mit Perityphlitis müssen deshalb vom ersten Momente der Erkrankung ein Therapeut und Chirurg zusammen sein.

E. Wassiljew: «In Veranlassung der Reforme der Apotheken im Militär».

J. Twarjanowitsch: «Ein Fall von penetrierender Bauchwunde mit Verletzung des Dünndarms».

A. Danilewski: «Ueber die trockene Milch — Dried-Milk — von Irven».

Nach den sorgfältigen Untersuchungen des Verfassers kann das Irven'sche Präparat als Konserve der normalen Rohmilch nicht anerkannt werden, kann die letztere in keinem Falle ersetzen und muss als gutes Eiweisspräparat betrachtet werden, in dem die halbabgerahmte Milch die Rolle einer bequemen und guten Konstituenz spielt.

N. Osipowski: «Ein Fall akuter Undurchgängigkeit der Därme mit Ausgang in Heilung».

Behandlung mit Atropin und Extraktum Belladonnae.

A. Berdjaew: «Ein Apparat zum Waschen der Hände bei chirurgischen Operationen».

L. Charitonow: «Eine neue Methode zur Aufbewahrung von Gummigegenständen».

Als beste Methode empfiehlt Verf. die Gummigegenstände in einfacher Watte gewickelt in Holzkästen aufzubewahren. Die Watte muss eben eine einfache und nicht hygroskopische sein, da letztere Feuchtigkeit von den Gummigegenständen entziehen kann.

M. Kolpakow: «Ueber den Alkoholismus überhaupt und speziell über den Alkoholismus im Militär».

W. Aslezki: «Ein Fall hereditärer Idiosynkrasie gegen Alkohol».

Bei mehreren Mitgliedern einer Familie (Mutter und drei Töchter) trat selbst nach geringsten Dosen schwächster Alkoholgetränke allgemeine Schwäche und Roseolaexanthem im Gesichte auf.

S. Scher: «Ein interessanter skiaskopischer Fall».

F. Gadsjazki: «Die Abteilung für Geisteskranke am Rigaer Militärhospital für die ersten 6 Jahre ihrer Existenz».

N. Kirilow: «Beri-beri in Japan und auf Sachalin».

Ausführliche Beschreibung der Krankheit, ihrer Varietäten und Behandlung.

E. Kondratjew: «Ueber Deformation der Zehen».

In der Stadt Ostrolenka beobachtete Verf. unter den Rekruten mehr als 10 Fälle origineller Deformation, die darin bestand, dass die zweite und dritte Zehe des linken Fusses in maximaler Flexion fest der Fussohle anlagen, wobei nirgends Narben oder dergleichen zu finden waren. Die Deformation war eine künstliche und wurde durch Fixation der Zehen in der betreffenden Stellung mittelst Heftpflasterstreifen hergestellt.

E. Dogadkin: «Ein Fall vollkommen geheilter akuter Erkrankung des Rückenmarks».

R. Ewseew: Der therapeutische Wert des Antistreptokokkenserums bei Erysipel und Scharlach».

Auf Grund von 10 eigenen Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Das Serum vernichtet die Streptokokkeninfektion, bei Erysipel aber bedeutend energischer, als bei Scharlach.
2) Es setzt die fieberhafte Temperatur herab.
3) Verbessert den Allgemeinzustand.
4) Verkürzt die Dauer der Krankheit.
5) Es verhindert oder schwächt wenigstens ab die gewöhnlichen Komplikationen dieser Krankheiten, wozu es möglichst früh angewandt werden muss.
6) Es ruft keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervor ausser des Schmerzes an der Injektionsstelle, der 2 bis 4 Tage dauert.

Digitized by Google

I. Schendrikowski: «Ein Fall Werlhof'scher Krankheit und die blutstillende Wirkung des Stypticins bei derselben».

A. Werekundow: «Pneumothorax und Empyema cutis».

Verf. beschreibt einen Fall von Seropneumothorax mit Emphysem der Haut, die sich nach einer Stichwunde in der Gegend des rechten Schulterblattes entwickelt haben.

A. Danilewski: Ergänzung zum Artikel: «Ueber die trockene Milch Dried-Milk — von Irven».

Kontrollanalysen des Verfassers haben ergeben, dass die Irven'sche Dried-Milk keine einfache getrocknete, abgerahmte Milch darstellt, sondern eine Mischung von Milch mit einer nicht eiweisshaltigen Substanz, die beim Fällen mit Säuren Milchkasein vortäuschen kann.

W. Zeitlin: «Ein Fall luetischer Nephritis».

S. Topalow: «Zur Kasuistik der bösartigen Syphilis».

Das ununterbrochene Auftreten immer neuer Krankheitserscheinungen und bedeutender Kräfteverfall brachten den Pat. in einigen Monaten so weit herunter, dass er sich kaum bewegen konnte.

A. Woronow: «Ueber die Behandlung der Favus capillitii».

Von allen angewandten Mitteln zeigte die Wilkinson'sche Salbe die beste Wirkung.

M. Mursin: «Resultate der Completierung der ausserhalb des Kaukasus verteilten Truppen durch Eingeborene des Kutais'schen Gouvernements.

N. Terestschenko: «Ueber Pericardiotomie in der Hospitalpraxis».

Verf. beschreibt einen von ihm operierten Fall exsudativer Pericarditis, der 6 Tage nach der Operation letal endete.

A. Dolmatow: «Ein Fall einer Lungenhernie».

F. Migai: «Zur Kasuistik der Hirnabszesse».

Verf. beschreibt 2 Fälle. Der eine gehörte zur Kategorie der sog. spontanen Gehirnabszesse, der andere war otitischen Ursprungs.

M. Golynez: «Akute idiopathische, perniciöse Endocarditis».

J. Sassaparel: «Zur Behandlung der Gallensteine».

L. Bertenson: «Zur Frage der Bestimmung der Zweckmässigkeit der Behandlung des Untermilitärs in Militär-Sanitätsstationen».

Auf Grund verschiedener, sehr wichtiger Erwägungen befürwortet Verf. nicht nur die weitere Existenz der Militär-Sanitätsstationen, sondern auch die Erweiterung und Vervollkommnung derselben. Neben den balneotherapeutischen Stationen müssen zur Verfügung des Militärressorts noch Sanitätsstationen stehen, die nach dem Typus der sog. Luftkurorte eingerichtet sind. Die Sanitätsstationen sollen auch als Asyle für Soldaten dienen, die der Erholung und Rekonvalescenz unter guten hygienischen Verhältnissen bedürftig sind.

P. Broschniowski: «Behandlung der akuten Otitiden in der Klinik von Prof. Politzer in Wien».

N. Mansurow: «Zur Lehre von der Aphasie. Ein Fall transcortiealer motorischer Aphasie».

J. Kletschetow: «Naphtalan bei Behandlung des Exzems».

Verf. verwendet das Naphtalan in Form folgender Paste: Rp. Naphtalani 20,0, Amyli tritici puri, Zinci oxydati albi aa 10,0. M. f. pasta mollis. Die Resultate waren stets gute und rasche.

G. Pokrowski: «Versorgung des Militärs mit Trinkwasser im Feldzuge».

Prof. I. Kostenitsch: «Zur Frage der Ausspülung der vorderen Augenkammer nach Kataraktextraktion».

Die Ausspülung wurde mit physiologischer Kochsalzlösung mittelst eigens dazu konstruierten Apparates ausgeführt. In 70 Fällen angewandt, gab diese Methode sehr gute Resultate. Es gelang fast immer die vordere Augenkammer von Resten der Linse vollkommen zu reinigen, weshalb auch der postoperative Verlauf ein besserer war, als bei den gewöhnlichen Behandlungsmethoden.

M. Gromyko: «Ein Fall von Tomsen'scher Krankheit oder Myotonie».

W. Schendrikowski: «Ueber die Maassregeln zur Verhütung der Einschleppung und Verbreitung der Pest und der Cholera im Kwantun-Gebiete».

P. Ljubomudrow: «Ueber die Konserven der eingedickten Milch».

Verf. beschreibt die Herstellung dieser Konserven auf der Fabrik der Gesellschaft Ferrein, in Moskau und die Methoden zur Kontrolle ihrer Tauglichkeit für die Bedürfnisse des Krieges.

Prof. I. Sabludowski: «Zur Frage der Prophylaxis und Therapie des Schreibkrampfes und des Krampfes der Musiker».

A. Jasnizki: «Ein Fall geheilten akuten Trachoms und cuprum aceticum bei Behandlung dieser Krankheit».

A. Sacher.

Westnik Oftalmologii. November—Dezember 1904.

C. Lifschitz: «Ein neuer Ophtalmotonometer».

Es ist eine Abänderung des Fick'schen Instrumentes. Konstrukteur dieses Instrumentes ist ein Student der mathematischen Fakultät an der Moskauer Universität.

B. Gurwitsch. «Die klinische Anwendung des Tonometers Fick-Lifschitz».

Beide Mitteilungen werden bereits in der augenärztlichen Sektion des IX. Pirogow'schen Kongresses zu St. Petersburg im Januar 1904 gehört, und sind referiert worden. Das Instrument wird empfohlen. Zu beziehen bei Schwalbe in Moskau, Preis 15 Rubel.

I. Selenkowski: «Ueber die Toxintheorie und andere Theorien der sympathischen Ophthalmie auf Grundlage neuer Arbeiten».

Zur Pathogenese der sympathischen Ophthalmie hat Verfasser bereits im Jahre 1900 in dieser Zeitschrift, und in deutscher Sprache über das gleiche Thema im Archiv für Augenheilkunde. Band 44, Heft 1 geschrieben, und ist referiert worden. Die damaligen Resultate der Arbeiten Selenkowskis sind unterdessen kontrollierend wiederholt worden von anderen Autoren, oder neue Arbeiten schliessen sich erweiternd den Arbeiten S's an. Die vorliegende Mitteilung bringt nur ein Referat aller einschlägigen neuen Forschungen in dieser Frage und die Resultate werden mit den Ergebnissen der früheren Arbeit Selenkowskis verglichen. Wer sich dafür speziell interessiert, muss die Arbeiten notwendiger Weise im Original lesen. Selenkowski kommt zum Schlusse: alle neueren Arbeiten haben weder theoretisch noch experimentell die Bakterio-Toxin-Theorie zu widerlegen vermocht; die Resultate seiner Arbeiten sind mithin ebensowenig umgestossen worden.

W. Lawrow: «Ueber die Verbreitung der Hemeralopie unter den Russen, Tataren, Mordwinen und Tschuwaschen».

Die Mordwinen erkranken sehr viel häufiger (44,6 pCt.). An Hemeralopie erkranken im allgemeinen Männer 80 pCt. Frauen 20 pCt. Das arbeitsfähige Alter liefert die meisten Patienten. März und April sind die schlechtesten Monate. Ungenügende Ernährung die hauptsächlichste Veranlassung.

K. Suchow. «Bericht über die Tätigkeit der Augenabteilung in Schichasan» Gouv. Kasan.

Vom 3. Mai bis 5. Juli 1904. Kranke: 3638, darunter absolut Blinde 287. Von sämmtlichen Patienten waren 80,2 pCt. Trachomkranke. Die Tschuwaschen stellten 95 pCt. der Kranken. Zur Aufnahme operierter Fälle standen 17 Betten zur Verfügung. Operationen 387, davon 328 Lidoperationen in Folge von Trachom. Eine ständige Augenheilanstalt ist hier dringend notwendig.

Germann.

Дозв. ценз. Спб., 29 Января 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. № 15.

Digitized by Google

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 2. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1905.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Russ. Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Russkoje chirurgitscheskoje obosrenje (Russische chirurgische Rundschau).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. für Volks- u. Gesundheitspflege).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal.
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Russki Chirurgitscheski Archiv 1903, Heft 5 — 1904 Heft 2.

M. Dieterichs: «Erwägungen über die Ursachen der durch ausgedehnte Verbrennungen hervorgerufenen Symptome und deren Therapie». (Heft 5).

Nach kritischer Beleuchtung der zahlreichen Theorien über die Ursachen der deletären Wirkung ausgedehnter Verbrennungen spricht sich D. für die toxische Theorie aus und betont die Wichtigkeit der durch den starken Zellzerfall frei werdenden Cytotoxine. Eine Reihe von Tierexperimenten zieht D. zur Unterstützung seiner Ansicht heran. Als logische Schlussfolgerung ergiebt sich die Therapie: Kochsalzinfusion, Analeptica, Verhinderung des Wärmeverlustes etc.

W. Woskressenski: «Ueber die Metoden der Eröffnung des Antrum Highmori». (Heft 5).

Nach Hinweis auf die Unzulänglichkeit der bisherigen Methoden, empfiehlt W. ein Verfahren, das einen sichern und ausgiebigen Abfluss der Sekrete garantiert. W. geht vom Alveolarfortsatz ein und legt eine 3—4 cm. lange und wenigstens 1 cm. breite Oeffnung in den Boden der Highmorshöhle. Dabei müssen natürlich mehrere Zähne geopfert werden.

W. Oppel: «Ueber den tuberkulösen Ileocoecaltumor». (Heft 5).

In dem ersten Teil der Arbeit, der das kasuistische Material enthält, kommt O. zu ähnlichen Schlüssen, wie schon frühere Autoren, nämlich dass die Ileocöcaltuberkulose ein sekundäres Leiden ist, das sich namentlich bei Individuen mit milderen Formen der Lungenphthise entwickelt. Einigermassen abweichend ist die Ansicht, dass in überstandenen Attaquen von Appendizitis ein prädisponierendes Moment für die Ansiedelung der Tuberkulose gesehen wird. Im zweiten, pathologisch-anatomischen Abschnitt wird das vorwiegende Befallenwerden der Submucosa und Subserosa betont, während sich der dritte Abschnitt der Arbeit mit der Diagnose und der Kritik der verschiedenen in Anwendung kommenden Operationen beschäftigt.

S. Petruliss: «Einige Modifikationen der Radikaloperation des Leistenbruchs». (Heft 5).

A. Operation ohne versenkte Nähte. Zur Vermeidung der langdauernden Ligatureiterungen braucht Prof. Rasumowski neuerdings bei Radikaloperationen der Leistenbrüche nach aussen geleitete Silberdrahtfäden, die in geeigneter Weise geschlungen, Adaption der einzelnen Schichten der Bauchwand ermöglichen. Die genaue Beschreibung der Nahtanlegung — es handelt sich um Matratzennähte — eignet sich nicht für ein Referat. Die Nähte verwendet Rasumowski bei den verschiedensten Methoden der Radikaloperation.

B. Naht der Wunde und Belassung des Bruchsackes in situ. Diese zweite Modifikation Rasumowski's bezweckt, das Trauma der Operation möglichst gering zu gestalten. Der Bruchsack wird nur an seinem Halse isoliert und unterbunden. Der periphere Teil bleibt im Zusammenhang mit dem Funiculus liegen. Die Resultate sind günstig, namentlich wurden nur geringe und vorübergehende Flüssigkeitsansammlungen im zurückgelassenen Bruchsack beobachtet.

S. Ssamochotzki: «Herausgeleitete Etagennähte bei der Radikaloperation der Brüche». (Heft 5).

S. braucht weder versenkte Nähte noch Ligaturen bei den verschiedenen Radikaloperationen der Brüche. Die grösseren Gefässe werden torquirt, die Naht des Leistenkanals in Etagen mit gekreuzten und nach aussen geleiteten Fäden bewerkstelligt. Nahtmaterial: Seide.

S. Fedorow: «Ueber die operative Behandlung der Blasengeschwülste». (Heft 5).

F. berichtet über 36 Fälle von Blasengeschwülsten, von denen 26 einer operativen Behandlung unterzogen wurden. Die Mehrzahl der Fälle wurde von F. selbst operiert. In 17 Fällen wurde die Sectio alta gemacht. (Ein Todesfall). Von 12 wegen Karzinom Operierten leben ohne Recidiv (1—3 Jahre) 4. Die Arbeit wird durch ausführliche Krankengeschichten illustriert.

G. Kolossow: «Ueber die Neubildungen (insbesondere den Krebs) der Blase». (Heft 5).

Der Arbeit, die sich mit der pathologischen Anatomie der Blasengeschwülste beschäftigt, liegt ein Material von 8 mikroskopisch untersuchten Fällen zu Grunde. Von diesen waren 5 Tumoren primär in der Blase entstanden, während es sich in den übrigen Fällen um sekundäre Tumoren handelte. Unter den ersteren verdient ein Fall besonderes Interesse, da es sich um die seltene Erscheinungsform des Karzinoms in der Blase, um ein solitäres krebsiges Geschwür, handelt.

B. Kadygrobow: «Die Endotheliome des Eierstocks in pathologisch-anatomischer und klinischer Beziehung». (Heft 5).

Ausführliche Abhandlung über die interessanten endothelialen Ovarialtumoren mit Zugrundelegung zweier selbst beobachteter Fälle.

Digitized by Google

W. Barth: «Ein Fall von ascendirender Neuritis nach einer Quetschwunde; Nervendehnung». (Heft 6).

B. behandelte einen 23 jährigen Soldaten, der sich bei einer Uebung eine Quetschwunde im oberen Abschnitte des linken Unterschenkels zugezogen hatte. Die Wunde widerstand allen Heilbestrebungen. Es stellten sich allmählich Schmerzen im Unterschenkel und der innern Fläche des Oberschenkels ein. Nach halbjähriger vergeblicher Behandlung wurde eine blutige Dehnung des N. ischiadicus ausgeführt. Heilung.

N. Ssachanski: «Zur Kasuistik der otogenen Pyämie». (Heft 6).

Nach ausführlicher Besprechung der Pathologie und Therapie der otogenen Pyämien bringt S. die Krankengeschichten von 11 eigenen Fällen, von denen 6 Pyämie und 5 Sinusthrombosen betreffen. Von der ersten Gruppe kamen zwei Fälle nach Eröffnung metastatischer Herde zur Heilung, von der zweiten genas ein Patient.

B. Koslowski: «Zwei Fälle von embryonalen Geschwülsten des Nabels». (Heft 6).

Der erste Fall betraf einen 34-jährigen Patienten, der vor 15 Jahren eine kurz dauernde Eiterung aus dem Nabel gehabt hatte, später aber stets gesund gewesen war. Seit $^1/_2$ Monat hatte Pat. heftige Schmerzen zwischen Symphyse und Nabel, aus welchem wieder Eiter entleert wurde. Bei der Operation wurde ein taubeneigrosser Abszess eröffnet, der mit schlaffen Granulationen ausgekleidet war. Es handelte sich um eine vereiterte Urachuszyste.

Der zweite Patient, ein 55-jähriger Mann, hatte seit 5 Jahren eine höckerige Geschwulst in den Bauchdecken. Dieselbe sass in der Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse und verursachte starke Schmerzen. Bei der Operation musste ein Teil der Rectusscheide mit entfernt werden. Es handelte sich um ein Fibroadenom, ausgegangen von den Resten des Ductus omphalo-entericus. Mikroskopisch konnte beginnende maligne Umwandlung konstatiert werden.

A. Arapow: «Ueber Spondylitis typhosa». (Heft 6).

Bericht über zwei Fälle dieser nicht allzu häufigen Komplikationen des Typhus. Beide Kranken genasen.

E. Heuking: «Ueber primäre akute Osteomyelitis des Kreuzbeins». (Heft 6).

Der von H. beobachtete Fall betraf einen 14-jährigen Knaben, der nach Trauma des Rückens mit Schüttelfrost akut fieberhaft erkrankte. Starke Schmerzhaftigkeit der Kreuzbeingegend. Aeusserlich keine Schwellung der Weichteile, per Rektum eine derbe elastische Geschwulst an der Vorderfläche des Kreuzbeins palpabel. H. eröffnete einen grossen Abszess durch das Foramen ischiadicum majus. Das Kreuzbein war an einer circumscripten Stelle von Periost entblöst. Im weiteren Verlaufe wurden mehrere kleine Sequester entleert. Heilung 8 Wochen nach der Operation.

W. Sserapin: «Zur Amputatio interscapulo-thoracica bei bösartigen Geschwülsten des Schulterblattes». (Heft 6).

Mitteilung eines von Prof. Weljaminoff erfolgreich operierten Falles von Sarkom des Schulterblattes.

K. Nedselski: «Ueber die Amputatio interscapulo thoracica; Indicationen, Methoden der Ausführung und Resultate». (Heft 6).

Klinische Studie mit ausführlicher Benntzung der Literatur und Mitteilung eines selbstbeobachteten einschlägigen Falles.

P. Tichow: «Ueber Neurofibromatosis». (1904 Heft 1).

T. hat 1894 einen einschlägigen Fall publizierte (chirurgitscheskaja letopiss 1894, Nr. 3) und die Kasuistik der Jahre 1882—1893 zusammengestellt. In der vorliegenden Arbeit wird die Kasuistik bis zum Jahre 1903 ergänzt und ein weiterer Fall mitgetheilt. Derselbe betraf eine 30-jährige aus gesunder Familie stammende Frau, die über den ganzen Körper verstreut eine Unzahl Tumoren verschiedenster Grösse aufwies. Der grösste Tumor sass breitbasig in der Gegend des linken Rippenbogens auf und hing sackförmig bis aus Knie herab. Derselbe wurde operativ entfernt.

N. Beresnegowski: «Ueber Speichelfisteln traumatischen Ursprungs». (Heft 1).

52-jährige Patientin. Revolverschuss 2 cm. unter dem rechten Jochbogen $1^1/_2$ cm. vor dem äusseren Gehörgang. Operation: Extraktion eines Knochensplitters vom Proc. coronoideus maxillae inf. und der Kugel, die in der Gegend des Proc. pterigoideus sass. Heilung der Wunde bis auf eine kleine Fistel, aus welcher Speichel fliesst. Die Beseitigung der Fistel machte Schwierigkeiten, da der Ductus Stenonianus unmittelbar bei seinem Austritt aus der Parotis verletzt war. Es musste die Drüse ausgiebig mobilisiert werden, um sie an die Mundschleimhaut heranziehen zu können. Von einem Schnitt aus, der vom Mundwinkel bis in die Gegend des Gehörganges reichte, wurde alles Narbengewebe entfernt, die Mundschleimhaut trichterförmig vorgezogen, und um den Ausführungsgang an die Drüse fixiert. Heilung.

N. Tereschenkow: «Mehrkammerige und Adenokystome der accessorischen Schilddrüsen». (Heft 1).

T. bringt die Krankengeschichte eines 57-jährigen Patienten, der seit 11—12 Jahren an einer Geschwulst an der linken Seite des Halses litt. Dieselbe hatte dicht über den linken Schlüsselbein begonnen, war anfangs langsam, später aber rasch gewachsen und verursachte in letzter Zeit Atemnot, Schluckbeschwerden und Parästhesien im linken Auge, sowie Pulsbeschleunigung. Seit 4 Jahren besteht eine ähnliche Geschwulst in den Bauchdecken. Bei der Operation konnte nur die Bauchdeckengeschwulst in toto, die Geschwulst am Halse nur partiell entfernt werden. Es war wegen der knolligen Beschaffenheit des Tumors ein Zystenkropf angenommen worden, doch ergab die mikroskopische Untersuchung unzweifelhaft, dass es sich um eine mehrkammrige Kiemenzyste mit maligner Umwandlung handelte. Der Tumor in den Bauchdecken war eine Metastase. An der Hand dieses seltenen Falles bespricht T. die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen mehrkammerigen Kiemenzysten und Tumoren der accessorischen Schilddrüsen. Eine reichhaltige Kasuistik aus der Literatur ist der Arbeit beigegeben.

stud. B. Arbusow: «Ueber die tuberkulösen Verengerungen des Dünndarms». (Heft 2).

Diese preisgekrönte Arbeit behandelt in erschöpfender Weise das interessante Kapitel von den tuberkulösen Dünndarmstrikturen. Im Anschluss an einen von Prof. Weljaminoff durch Resektion geheilten Fall giebt W. ein anschauliches Bild des Symptomenkomplexes, behandelt ausführlich die Pathogenese und bespricht die zur Verfügung stehenden operativen Verfahren. Die Literatur ist erschöpfend herangezogen worden — 129 Fälle sind in kurzen Zügen geschildert — die Arbeit verdient um so mehr Beachtung, als in der russischen Literatur bisher nur sehr spärliche Mitteilungen über dieses Kapitel vorlagen.

W. Bogoljubow: «Ueber Anastomosenbildung an den Samenwegen». (Heft 1).

B. hat seine bereits publizierten Experimente (Russ. chirurg. Archiv 1902, Heft 6) um eine stattliche Anzahl vermehrt und bringt in der vorliegenden Arbeit die Resultate seiner weiteren 82 Tierversuche. Es ergiebt sich, dass es in vielen Fällen thatsächlich gelingt nach totaler oder partieller Resektion der Epididymis eine funktionierende Kommunikation zwischen Vas deferens und dem Reste des Nebenhodens resp. dem Hoden herzustellen. Am zweckmässigsten erscheint nach B. die epididymo-vasostomia, die Implantation des Vas deferens in den Kopf resp. die Körper des Nebenhodens nach Resektion der cauda. Die Bedeutung dieser Experimente für die Klinik liegt auf der Hand.

O. Holbeck: «Ein Fall von Sehnenüberpflanzung bei Little'scher Krankheit». (Heft 1).

H. operierte einen typischen Fall, der einen 18-jährigen Mann betraf mit gutem Erfolge. Es wurden zunächst die Adductoren des Oberschenkels nahe ihrem Ansatz an das Becken tenotomiert, ebenso biceps, semitendinosus und semimembranosus über der Kniekehle. Dann folgte die Verlängerung der Achillessehnen nach Bayer und endlich zur Beseitigung des Pes planus equinus eine Reihe von Sehnenüberpflanzungen. Die Sehnen des Extensor halucis longus und ein Teil der Sehne des Extensor communis wurden an die Sehne des Tibialis anticus angenäht, während das periphere Ende des Extensor halucis long. mit dem restierenden Teil der Sehne des Extensor digitorum communis vereinigt wurde. Die Nachbehandlung bestand

Digitized by Google

in Bädern, Massage und Gymnastik, nachdem nach 4 Wochen die fixirenden Gypsverbände entfernt worden waren. Eine gewisse Rigidität der Muskulatur und gesteigerte Reflexe blieben zurück, doch konnte Pat. ohne Hilfe eines Stockes vorzüglich gehen, was ihm vor der Operation unmöglich war. Die Stellung beider Füsse wurde vollständig normal.

W. Rasumowski: «Ueber die Endresultate der Operationen an Nerven wegen Neuralgien». (Heft 2).

Vortrag, gehalten auf dem 4. russischen Chirurgenkongress». 1903.

N. Wolkowitsch: «Ueber die operative Behandlung der Tuberkulose der grossen Gelenke». (Heft 2).

Vortrag, gehalten auf dem 4. russ. Chirurgenkongress 1903.

N. Ssinjuschin: «Skizze des lymphatischen Apparates des Magens in Beziehung zur Verbreitung des Karzinoms». (Heft 2).

Ss. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu denselben Resultaten, wie schon vor ihm andere Autoren. Er betont ebenfalls die Wichtigkeit der Entfernung der Drüsen an der kleinen Kurvatur. In Folge dessen sei die Kocher'sche Methode der Magenresektion nicht zweckentsprechend und solle die zweite Billrot'sche Methode bevorzugt werden.

N. Petrow: «Einige Störungen der Blutzirkulation und Ernährung in ihrer Beziehung zur Lokalisation der Tuberkulose in Knochen und Gelenken». (Heft 2).

P. stellte eine Reihe von Thierversuchen an, um die Frage zu entscheiden, ob Störungen der Zirkulation einen Einfluss auf die Lokalisation der Tuberkulose hätten. Zu dem Zweck resezierte er Teile des Sympathikus im Lendenabschnitt oder den Nervus ischiadicus oder unterband die grosse Schenkelvene. Alsdann wurden die Tiere mit hochvirulenten Tuberkelkulturen infiziert. Die Tiere gingen an miliarer Tuberkulose zu Grunde, ohne dass sich an der in ihrer Zirkulation geschädigten Extremität tuberkulöse Herde entwickelt hätten.

N. Petrow: «Die Mischinfektion bei chirurgischer Tuberkulose». (Heft 2).

P. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Während bei geschlossenen tuberkulösen Herden in den Knochen, Gelenken und Lymphdrüsen auch trotz vorhandener Eiterung ausser den spezifischen Erregern andere Mikroorganismen in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle vermisst werden, finden sich in den mit der Aussenwelt communizirenden tuberkulösen Herden stets verschiedene Arten von anderen Bakterien und Kokken, am häufigsten die gewöhnlichen Eitererreger. Dieselben verschlimmern zweifellos den tuberkulösen Prozess und begünstigen die Verbreitung desselben in andere Organe des Körpers.

B. Prschewalski: «Ueber die Pathogenese und Behandlung hartnäckiger schmerzhafter Muskelkontrakturen, neurogenen Ursprungs, nach Trauma der Gelenke». (Heft 2).

Wold. Fick.

Russki Shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei. 1904. Heft 11, 12.

Gintillo: «Folliculitis (Acne) exulcerans serpiginosa nasi».

Verf. beobachtete den Fall 1903 auf der Klinik von Prof. Finger. Das Leiden bestand seit $^1/_2$ Jahr, starkes Jucken und Schmerzhaftigkeit. Geschwürsbildung in der Umgebung beider Nasenlöcher, an der Grenze des Geschwürsrandes Follikel. Heilung unter Diachylonsalbe und späterer Anwendung von Arg. nitr. Rezidiv nach 4 Mon.

Miropolski: «Zur Kasuistik der Cavernitis gummosa».

38-jähriger Patient. Syphilis vor 12 Jahren, ungenügend behandelt. An der Glans ein grosses zerfallendes Gumma, in den Corp. cav. Verdickungen. Unter energischer kombinierter Behandlung trat Verheilung des Gummageschwürs und Weicherwerden der Infiltrate ein.

Rotmann: «Die hydrostatistische Methode in der Urogenitaltherapie».

Mitteilung dreier Krankengeschichten, die den Vorzug der Irrigationsmethode als reizlosen Eingriff beweisen.

Werschinin: «Ein Fall von Urticaria perstans mit Pigmentation und Alopecia areata».

Das Leiden bestand seit 3 Jahren, trat im Frühjahr immer auf und verging zum Winter wieder — es bildeten sich auf dem behaarten Teil des Kopfes im Gebiet des 1. Trigeminusastes verschieden grosse (1—3 Ctm. im Durchmesser) Höcker, einige von ihnen mit harten, grauen Schuppchen besetzt, die Epidermis über ihnen nicht verändert. Nach spontanem Abheilen hinterliessen sie pigmentierte Stellen. Ausserdem typische Alopecia areata.

Verweisung auf den Fall von Dr. Goljachowski (Russki Sh. k. i weneritsch. bol. 1903 Heft III).

Papisow: «Diabetes insipidus auf syphilitischer Grundlage».

Vor 14 Jahren Infektion. Nervina waren ohne Einfluss, dagegen parierte das Leiden prompt auf eine spezifische Behandlung.

Wichert.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Gynaekologie) Nr 10 u. 11.

Th. Solowjew: «Ueber die Pathogenese und den Bau der Dermoidzysten des Ovariums». (Nr. 10).

Verf. beschreibt einen per colpotomiam exstirpierten gänseeigrossen Ovarialtumor, der ausser einer milchigen Flüssigkeit als Repraesentant des Ectoderms Nervengewebe, Epidermis, Haare, Hautdrüsen (Talg- und Schweissdrüsen), ferner quergestreifte Muskulatur, Gefässe, Bindegewebe, Knochen und Knorpel (vom Mesoderm stammend), endlich vom Entoderm stammend drüsige Gebilde, welche als zum Verdauungskanal gehörig angesehen werden müssen und andere, die sich auf die Respirationswege beziehen.

D. Uspenski: «Organotherapie mit Ovarialsubstanz». (Nr. 10).

Verf. bespricht die während der Entwickelungsphase und im Klimakterium vor sich gehenden Veränderungen im weiblichen Organismus, dann diejenigen, welche nach stattgehabter Kastration öfters auftreten. Ueber die Ueberpflanzungen von Ovarien und die Beziehungen zwischen dem Corpus luteum und neurotrophischen Einflüssen werden erwähnt. Die klinischen Erfahrungen anderer Autoren haben ergeben, dass die Organotherapie möglichst früh gleich nach der Operation anzuwenden ist. Verf. hat 2 Fälle nach operativer Entfernung der Ovarien wegen Ausfallserscheinungen behandelt mit subkutanen Injektionen von Ovarialextrakt täglich 2 Cbcm., später wurde ein Glycerin-Ovarialextrakt 5—8 Tropfen 2 mal täglich verordnet. Die andere Pat. erhielt 15 Tropfen 3 mal täglich. Ausserdem ist die Organotherapie anzuwenden 2) gegen Störungen, die durch die physiologische Menopause

Digitized by Google

verursacht sind, hier ist nur dann Hülfe zu erwarten, wenn die Ovarien nicht pathologisch verändert sind. Verf. hat hier Uterus- und Ovarialextrakt verordnet, von ersterem 15—20 Tropfen 2-3 mal täglich und Resultate gesehen. 3) Ammenorrhoea, Dysmenorrhoea bei ungenügend entwickelten Genitalorganen, auch hier hat Verf. Ovarialextrakt mit Erfolg angewandt. 4) Chlorose und Anaemia, welche nach Seiler und Breur in innigster Beziehung zu einer ungenügend von Statten gehenden inneren Ovarialsekretion stehen; hier wendet Verf. eine Kombination von Ovarialextrakt und Knochenmarkextrakt an, von beiden je 15 Tropfen 2—3 mal täglich. Andere Beobachter haben Zunahme der roten Blutkörperchen und das Verschwinden anaemischer Beschwerden gesehen. 5) Morbus Basedowii. Nach U.'s Ansicht besteht sicher ein Zusammenhang zwischen den Funktionen der Schilddrüse und des Ovariums, daher verordnete Verf. 3 an Morbus Basedowii Leidenden kombinierte Schilddrüsen- und Ovarialextrakte 15 Trofen 2 mal täglich. 6) Nervenkrankheiten (Psychosen und Epilepsie). 7) Osteomalacie. 8) Haemophilie.

Die Herstellung des Ovarialextraktes werden frische entblutete Ovarien fein zerrieben unter Zusatz von Kochsalz und Kali carbon. Nach 6-stündigem Stehen auf Eis, wird die Masse filtriert und dann durch den Berkefeld'schen Filter filtriert. Sterilisationsmethoden sind nicht anzuwenden, weil sonst die chemische Zusammensetzung verändert wird.

D. Schtschetkin: «Entgegnung auf den Vortrag A. Sizinski's: «Behandlung infektiöser puerperalen Prozesse in der Gebärmutterhöhle». (Nr. 10).

Sch. wendet zur Irrigation der Gebärmutterhöhle mit Vorliebe Sublimatlösung 1:4000 oder 1:6000 an, stärkere Lösungen wie 1:1000, wie S. sie anwendet, verwirft Verf. Ebenso erkennt er den Nutzen der Berieselung der Gebärmutterhöhle mit 90 pCt. Spiritus nicht an.

A. Sizinski: «Antwort auf den vorstehenden Aufsatz Schtschetkin's». (Nr. 10).

Eine Polemik, die nichts Sachliches bringt.

Utrobin: «Die ersten 1000 Geburten im Gebärhause von Sarapul (Wjatka) auf den Namen Kurbatoff». (Nr. 10).

Angabe der verschiedenen Operationen etc. Ein normales Wochenbett machen 84,5 pCt., fieberhaftes 15,3 pCt. durch, starben 0,3 pCt.

R. Feldmann: «Extrauterinschwangerschaft verbunden mit gleichzeitiger intrauterinen Gravidität». (Nr. 10).

Nach einem 6-wöchentlichen Abort, der ärztlicherseits ausgekratzt wurde, hörte die Blutung lange nicht auf, dann menstruierte Pat. im Laufe eines Monates zwei Mal, erkrankte mit Fieber, F. diagnostizierte Haematocele, inzidierte im hinteren Scheidengewölbe, wobei er mit der Kornzange einen deutlich erkennbaren foetalen Kopf und Hand extrahierte. Der Fruchtsack sass intraligamentär.

N. Kannegiesser: «Ueber die Entwickelung des Fruchtsackes im Ovarium». (Nr. 11).

Bei einer Pat., bei der sich die Regel um 6. Tage verspätete, fand sich hinter der Gebärmutter eine faustgrosse Geschwulst. Als sich letztere vergrösserte, wurde zur Coeliotomie geschritten. Dabei erwies es sich, dass die Geschwulst zwischen den Blättern des Lig. latum lag, der obere Teil zwischen Lig. ovaricum und Fimbrien, die Tube war unversehrt und wurde nicht exstirpiert, dagegen wurde der grösste Teil des Ovariums, von dem der Tumor ausging, entfernt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Korticalschicht infiltriert, die Follikel in normaler Zahl vorhanden waren, ebenso ein Corpus luteum und Luteinzellen. Ausserdem sieht man Langhans'sche Zellen und Zotten. In der Marksubstanz begegnet man neben Infiltration auch Langhans'sche Zellen, hyaline Degeneration des Gewebes, Zotten und Blutextravasate. Es lag also eine Implantation des Eichens in dem Eierstock vor. Pat. genas.

M. Mironow: «Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Adnexa und des Beckenperitoneums». (Nr. 11).

Noch vor der Veröffentlichung von Grammatikati machte Verf. uterine Injektionen mit Jodtinktur, 33 pCt. Karbolsäure etc. ohne vorherige Erweiterung des Muttermundes. Später wurden die Injektionen auch angewandt, doch gewöhnlich bei endometritischen Erscheinungen die Abrasio vorher gemacht, dann intrauterin Jodtinktur und Karbolsäure. Nicht jede Kranke verträgt die Injektionen. Dann werden Massage und Bäder angewandt, letztere auch während der Regel. Unter den operativen Eingriffen werden angeführt die Colpotomia post. zwecks Entleerung eines Pyosalpinx oder Entfernung der Adnexa, die Entfernung des Uterus.

H. Thomson: «Ueber Tuberkulose der Genitalorgane». (Nr. 11).

Verf. hat 5 Fälle beobachtet und operiert. Im ersten Fall handelte es sich um eine gänseeigrosse zystitische Geschwulst mit dicklichem Inhalt, in dem sich Tuberkelbazillen nachweisen liessen. Es handelte sich um einen Hydrosalpinx mit beginnender Tuberkulose. Im zweiten Fall handelte es sich um Tuberkulose beider Tuben und des Bauchfells, die Tuben wurden per laparotomiam entfernt, Pat. genas. Im dritten Fall wurde per laparotomiam eine faustgrosse Tube entfernt, die im Douglas sass und mit dem Rectum kommunizierte, es bildete sich eine Kotfistel, die lange dauerte, dabei Fieber, Pat wurde entlassen, das fernere Schicksal unbekannt. Im vierten Fall wurde per colpotomiam ein faustgrosser Tumor eröffnet, später ebenso ein zweiter Tumor. Genesung. In allen vier Fällen waren die übrigen Organe nicht tangiert. Der fünfte Fall war sehr kompliziert und führte 6 Mal zu operativen Eingriffen: Exstirpation geschwollener Achseldrüsen, 3 mal wurde vaginal operiert und Eitersäcke entleert, dann wurde laparotomiert, um die Ovarien zu entfernen, schliesslich die Nephrectomien wegen Tuberkulose der Niere gemacht. Bei einer der Kolpotomien war eine uretero-vaginale Fistel entstanden. Pat. hatte nebenbei Lungentuberkulose und starb bald nach dem letzten Eingriff.

H. Thomson: «Primärer Tubenkrebs». (Nr. 11).

Eine 29-jährige Pat. wurde wegen einer kindskopfgrossen Geschwulst, die sich als Hydrosalpinx erwies, operiert und die Wandung der Geschwulst in die Bauchdecken eingenäht, weil die völlige Entfernung des Tumors nicht möglich war. 8 Jahre später wurde Pat. wegen eines Bruchs und einer sich wieder bildenden Geschwulst operiert. Die Geschwulst — ein Hydro-Haematosalpinx — konnte nicht in toto exstirpiert werden. Im folgenden Jahr stellte sich Pat. mit einer Geschwulst im Unterleib vor, bei der Operation konstatierte man eine unbestimmte Resistenz, Pat. starb bald darauf. Bei der Sektion fand man die Bauchhöhle bis zum Nabel angefüllt mit zerfallenen Massen: Karzinom der Tube, ausgegangen von den sich früher abgespielten entzündlichen Erscheinungen.

L. Stratiewski: «Zur Kasuistik des Porro». (Nr. 11).

Eine 25-jährige I para mit engem Becken erkrankte an Eklampsie. Perforation führt nicht zum Ziel. Sectio caesarea mit Längsschnitt, Amputation des Uterus, Fieber, die Bauchwunde heilte per secundam. Genesung.

O. Resnikow: «Ischiopagus». (Nr. 11).

Ein Foetus ritt auf dem andern, der eine bot eine grosse Hydroencephalocele und ein Pes equinus dar, war im Uebrigen normal entwickelt, der andere war ein Anencephalus.

Lingen.

Дозв. ценз. Спб., 11 Марта 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. № 15.

Digitized by Google

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 3. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1905.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Russ. Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Russkoje chirurgitscheskoje obosrenje (Russische chirurgische Rundschau).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. für Volks- u. Gesundheitspflege).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal.
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Obosrenje psichiatrii, nevrologii i eksperimentalnoi psichologii 1904. H. 10—12.

Dedow: «Versuch einer medizinisch-statistischen Untersuchung von 900 Fällen progressiver Paralyse». (Nr. 8, 10, 11).

Das Resumé des Verf. lautet:

1) Der Prozentsatz der Aufnahmen von Paralytikern ist in Buraschewo bedeutend höher als in anderen Anstalten und nimmt nach den vorhandenen Statistiken die dritte Stelle in der Prozenttabelle der Aufnahmen dieser Kranken ein.

2) Die Erkrankung an progressiver Paralyse nimmt beständig und unaufhaltsam zu, und zwar wie bei Männern, so auch bei Weibern

3) Nach unseren Daten gestaltet sich das gegenseitige Verhältniss der Geschlechter bei der Erkrankung an progressiver Paralyse wie 2:1.

4) Die Anzahl der in der ganzen zwanzigjährigen Periode eingetretenen geisteskranken Männer ist zweimal grösser als die Anzahl der Weiber, während die Anzahl der in derselben Zeit eingetretenen männlichen Paralytiker viermal grösser ist, als die Anzahl der weiblichen Paralytiker.

5) Sowohl bei den Männern, wie bei den Weibern fällt der grösste Prozentsatz der Erkrankung an progressiver Paralyse auf die Altersgruppe von 36—40 Jahren, im Alter bis zu 20 Jahren war kein einziger Fall von progressiver Paralyse.

6) Das Hauptkontingent der Paralytiker in unserer Anstalt bilden die Bauern — Ackerbauer und Kleinbürger, wobei unter den Bauern die Weiber den grössten Prozentsatz gaben, unter den Kleinbürgern dagegen die Männer. Dieses Ueberwiegen der Bauern hängt zweifellos davon ab, dass die Hauptmasse der Kranken bei uns eben Bauern sind; dabei ist aber die Beobachtung aus der letzten Zeit im Auge zu behalten, dass die progressive Paralyse siegreich vorschreitet und aus der Stadt bereits in die entlegensten Winkel unseres Vaterlandes vorgedrungen ist, aufs flache Land, wo man früher nichts von ihr hörte; ferner befällt die Krankheit auch in der Stadt öfter ebenfalls den niederen Stand — die Kleinbürger.

7) Der grösste Prozentsatz der weiblichen Paralytiker fällt auf die unprivilegierten Dorfweiber; die Weiber der bemittelten Klassen erkranken äusserst selten an progressiver Paralyse.

8) Der Familienstand bleibt nicht ohne Einfluss auf die Erkrankung an progressiver Paralyse; ledige Männer und Weiber erkranken bedeutend seltener, umgekehrt verheiratete Männer und Weiber häufiger.

9) Die progressive Paralyse ist eine Krankheit des Jahrhunderts, ein Resultat der übermässigen Anstrengung resp. Hirnübermüdung im Kampfe ums Dasein; Syphilis, Alkoholismus, Vererbung, Trauma u. a. sind nur praedisponierende Momente.

10) Jedes dieser Momente für sich allein entwickelt relativ selten seinen Einfluss; viel häufiger sind sie vermerkt in verschiedenartigen Kombinationen unter einander und mit anderen sekundären ursächlichen Momenten.

11) Die Initialerscheinungen der progressiven Paralyse sind recht verschiedenartig, aber sie alle lassen sich zurückführen auf eine ziemlich frühzeitig in Erscheinung tretende Abschwächung der geistigen Tätigkeit und auf eine reizbare Schwäche des Nervensystems. Von motorischen Erscheinungen wird fast beständig Ungleichheit und träge Reaktion der Pupillen beobachtet, andere motorische Symptome fehlen um diese Zeit noch zum grössten Teile.

12) Der Verlauf der progressiven Paralyse hat sich in der letzten Zeit bedeutend geändert; die Krankheit verläuft jetzt langsamer, träge, ist einerseits von häufigeren paralytischen Anfällen begleitet und häufigeren Remissionen andererseits; der klassischen Form der progressiven Paralyse begegnet man selten, sie hat der dementen Form den Platz geräumt. Auf diese Veränderung des Krankheitscharakters hat wahrscheinlich die soeben erwähnte grosse Häufigkeit der Remissionen und der paralytischen Anfälle Einfluss, welche in unserer Anstalt beobachtet wurden.

13) Der grösste Sterbeprozentsatz der Paralytiker fällt auf die Altersgruppe von 41—45 Jahren.

14) Die Sterbekurve der Paralytiker bei uns giebt im Laufe des Jahres zwei Erhebungen — im Februar und November, und eine Senkung — im Juli.

Bechterew: «Ueber eine nervöse Erkrankungsform mit dem äusseren Charakter der Myotonie». (Nr. 10).

Ausführliche Krankengeschichte eines Patienten, bei welchem ungeachtet der äusseren Aehnlichkeit der Symptome mit denen der Myotonie keine objektiven für letztere Krankheit charakteristische Kennzeichen beobachtet wurden; es fehlte die myotonische Reaktion und die wulstförmige Muskelkontraktion bei mechanischen Reizungen, die Störung der willkürlichen Bewegungen war erworben, die Schwierigkeit der Muskelkontraktion nahm nicht ab mit ihrer öfteren Wiederholung; als weiteres Symptom trat eine plötzliche Sprachstörung auf. Verf. ist daher geneigt eine rein nervöse Störung anzunehmen, welche in einer Affektion der Willensinnervation bestimmter Muskelgruppen wurzelt. Für die naheliegende Diagnose auf Hysterie lieferte die genaueste Untersuchung des Patienten kein einziges Zeichen.

Tschisch: «Spiritismus und Geisteskrankheit». (Nr. 10).

Als Einleitung eine Besprechung von drei Gruppen von Spiritisten, welche den Uebergang vom Normalen zum Patho-

Digitized by Google

logischen bilden sollen. Dann folgt die Krankengeschichte einer Dame, welche zweimal in ihrem Leben infolge intensiver und langdauernder spiritistischen Séancen psychisch erkrankte.

E r i k s o n: «Die Fürsorge für Geisteskranke im Kaukasus». (Nr. 10).

Ausführliche Darlegung der grossen Missstände in dieser Beziehung und Vorschläge zu deren Besserung.

B e c h t e r e w: Ueber die Bedeutung der Aufmerksamkeit in Beziehung zur Lokalisation und Entwickelung hallucinatorischer Bilder». (Nr. 11).

Vortrag über den Ortswechsel der Gehörshallucinationen bei verschiedenen Kranken. Alle Tatsachen sprechen dafür, dass die Aufmerksamkeit ein Akt ist, welcher innere Bilder dort erregen kann, wo sie in Wirklichkeit nicht vorhanden sind. Ist die Aufmerksamkeit in einer gewissen Richtung angeregt, so erhält man oft wirkliche Illusionen. In pathologischen Fällen kann die unwillkürliche Aufmerksamkeit einen erregenden Einfluss auf das Erscheinen hallucinatorischer Bilder haben.

N i k i t i n: «Beitrag zur Frage über die Strahlen von B l o n d l o t und C h a r p e n t i e r». (Nr. 11).

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Organismus auf die Phosphorescenz, deren Resumé lautet:

1) Die photographische Methode gestattet nicht irgendwelche objektive Veränderungen an phosphorescierenden Schirmen bei Annäherung dieser oder jener Teile des Organismus zu entdecken. 2) Die unmittelbare Beobachtung mit dem Auge nach sorgfältiger Ausschaltung von Nebenbedingungen (Wärme, Suggestion u. a. m.), welche für den Beobachter den Charakter der Phosphorescenz verändern könnten, weist ebenfalls nicht nach die Fähigkeit des Organismus, speziell der Muskeln, Nerven und Nervenzentren, verstärkend auf die Gesichtsempfindung einzuwirken, welche von phosphorescierenden Oberflächen erhalten wird.

R a i m i s t: In Anlass des Artikels von D r. N. G. K o t i k «Gedankenlesen und N-strahlen». (Nr. 11).

Verf. hat einem Teile der von K o t i k beschriebenen Versuche (siehe Nr. 8 u. 9) beigewohnt und ist der Ansicht, dass, bevor von Gedankenlesen und Mitwirkung von N-strahlen gesprochen werden könne, erst die ihm viel näher liegende Erklärung allseitig untersucht werden müsse. Es war ihm nämlich aufgefallen, dass je weiter das Mädchen vom Vater sich befand, um so langsamer die Reaktion erfolgte (bei direktem Kontakt in 15—20 Sekunden, auf Entfernung von 5 Schritten in 40-45 Sekunden, auf Entfernung von 10 Schritten in mehr als 1 Minute). Verfasser glaubt daher das ganze Phänomen darauf zurückführen zu können, dass der Vater beim intensiven Denken unwillkürliche Muskelbewegungen ausführt, welche beim Sprechen in Betracht kommen würden, und diese von der Tochter dank der Uebung und einer besonderen Gehörschärfe als Gehörseindrücke aufgefasst werden.

T s c h u d n o w s k i: «Zur Frage über die Leitungsbahnen der Haarempfindlichkeit». (Nr. 11).

Vorläufige Mitteilung. Resumé: 1) Die Haarempfindungen werden fortgeleitet in den Seitensträngen des Rückenmarks, und wie es scheint hauptsächlich in den Grundbündeln der anterolateralen Säule, vielleicht auch in Fasern der benachbarten Bündel. 2) Die Differenzierung der Leitungsbahnen für tactile Empfindungen kann man, wie es scheint, auffassen als eine gewisse experimentelle Stütze für die von der St. Petersburger Schule auf klinischem Wege festgestellte Meinung, dass die Haarsensibilität eine Empfindung sui generis ist und eher zu den Allgemeingefühlen Beziehung hat. 3) Als nächstes Centrum für die Haarreflexe am Ohre der Katzen erscheint das obere Halsganglion des sympathischen Nervensystems. 4) In der Hemisphärenrinde der Hunde befinden sich die Centren für die Haarsensibilität, wie es scheint, sowohl in der motorischen Region wie auch auf der Grenze derselben zur Parietalgegend. 5) In dem Halsteil des sympathischen Nerven der Katzen verlaufen Fasern, welche die Haarsensibilität vom Ohre leiten, entweder in sehr unbedeutender Menge oder gar nicht.

R a p p o p o r t: «Ueber Methylenblau und seine Anwendung in der psychiatrischen Praxis». (Nr. 11 u. 12).

Versuche in 35 Krankheitsfällen. Schlussfolgerungen: 1) Methylenblau kann nicht larga manu in psychiatrischen Abteilungen angewandt werden aus dem einfachen Grunde, weil das Präparat Lippen, Zähne, Lunge, Speichel, Koth und Urin intensiv blau färbt und bei den Geisteskranken den Verdacht auf Vergiftung mit dem «blauen Gifte» wachruft. 2) Nebenerscheinungen bei interner Anwendung und Abscesse bei subkutaner Einführung. 3) Unbeständigkeit seiner Wirkung als Hypnotikum. 4) Als Sedativum erfüllt es absolut nicht die Erwartungen.

5) Das gute Selbstgefühl der Epileptiker muss hervorgehoben werden, sowohl unmittelbar nach dem Anfalle, wie auch während der Zeitperioden zwischen den Anfällen, die Häufigkeit und Intensität der Anfälle schwächt es dagegen nicht ab (mit Ausnahme eines Falles unter 13). — Schliesslich eine Hypothese des Verfassers: Das hydrophobische Gift lagert sich bekanntermaassen hauptsächlich im Centralnervensystem und vorzugsweise im verlängerten Mark ab: angesichts der zweifellosen baktericiden Eigenschaft des Methylenblau und seiner Beziehungen zum Nervengewebe musste seine Wirksamkeit bei Hydrophobie untersucht werden. Bei nächster Gelegenheit will Verfasser dies tun.

C h m e l e w s k i: «Die Schlammbehandlung der ankylosierenden Affektion der Wirbelsäule und der grossen Gelenke». (Nr. 12).

Ausführliche Darlegung der guten Resultate, welche in den Odessaschen Limanen bei diesen Krankheiten erzielt werden.

B e c h t e r e w: «Pseudomelia paraesthetica als Symptom einer Hirnaffektion im Gebiete des n. lenticularis». (Nr. 12).

Bei einem Patienten mit linksseitiger Hemiplegie bestand in der völlig gelähmten oberen Extremität die Gefühlstäuschung der Bewegung derselben. In der sensiblen Sphäre bestand nur eine Anaesthesie des Muskelgefühls. Verfasser meint, pseudomelia paraesthetica könne sich äussern sowohl bei cerebralen, wie bei spinalen, wie bei peripheren Affektionen, wobei, wenigstens nach diesem Falle zu urteilen, dieses Symptom sich in engster Beziehung zu einer Affektion der Leitungsbahnen des Muskel-Gelenkgefühls befinden muss, auf dessen Basis die Empfindungen über die Lage der verschiedenen Körperteile und der Extremitäten gebildet werden.

R a d i n: «Ueber den Affekt bei der Paranoia». (Nr. 12).

Den Inhalt seiner Arbeit fasst der Autor in folgende Thesen:

1) Die Feststellung der Priorität von Affekt oder von Wahnideen bei der Paranoia stösst auf die klinische Undifferenzierbarkeit der Emotionssphäre von der Intellectsphäre.

2) Die Abhängigkeit zwischen Emotions- und Intillectsphäre bei der Paranoia kann ausgedrückt werden durch ihre Wechselbeziehung zu dem ihnen gemeinsamen Begriffe — dem pathologischen Egocentrismus.

3) Der pathologische Egocentrismus des Paranoikers in der emotionellen Sphäre drückt sich im aggressiv-defensiven Affekte aus, im intellektuellen Gebiete durch den Beziehungs-, Grössen- und Verfolgungswahn.

4) Der Affekt des Misstrauens, als ein partieller unteilbarer Ausdruck des allgemeinen Begriffes vom agressiv-defensiven Affekte, wird von S a n d b e r g, M a r g u l i e s, S p e c h t, L o e r r i n g richtiger Weise auf den paranoischen Wahn zurückgeführt.

5) Der Misstrauensaffekt und der Beziehungswahn spielen die Rolle einer aktiven Ursache bei der Entstehung der chronischen Paranoia, und treten in den Hintergrund bei akutem Verlauf der Paranoia. Für die letztere Form sind charakteristisch: der agressive Affekt des Zornes und der Grössenwahn einerseits, der deffensive Affekt der Furcht und der Verfolgungswahn andererseits.

6) Das Ueberwiegen des einen oder anderen Affektes von den egocentrischen paranoischen Affektionen im Krankheitsbilde ist unmittelbar bedingt durch die praevalierende Entwickelung dieser oder jener Charakterzüge des Kranken in der Periode vor Ausbruch der Krankheit.

7) Der aggressive und defensive Affekt, gleichwie der sie begleitende Wahn, die Sphäre der Schmerzreaktionen und der physiologischen Begleiterscheinungen der Emotionen haben die Bedeutung eines differential-diagnostischen Merkmals bei der Diagnose der akuten Paranoia gegenüber der akuten Verwirrtheit, der dementia paranoides K r a e p i l i n's und der primäre emotionellen Formen der Geistesstörung.

8) Der aggressiv-defensive Affekt in seiner zergliederten Form wird auch bei der chronischen Paranoia beobachtet, wo er eine vorherrschende Bedeutung im klinischen Krankheitsbilde erreichen kann.

M i c h e l s o n.

Digitized by Google

Wratschebnaja Gaseta. 1904. Nr. 21—27.

F. A r s c h a w s k i: «Ueber die Scharlachepidemie in Cherson im Jahre 1902 und deren Eigentümlichkeiten». (NNr. 21, 22, 23).

Seit 15 Jahren beobachtet Verf. Scharlachepidemieen. Mit Ausnahme der letzten bieten dieselben keine Besonderheiten. Diejenige von 1902 dagegen hat ihren ganz eigenen Charakter: fast keine Nephritiden, keine eitrige Adenitis, nur selten (ein Fall) Fall mit letalem Ausgang innerhalb 12 Stunden, Fälle ohne Angina etc. Zum Schluss tritt Verf. warm für Verbesserung der Verhältnisse zur Unterbringung infektiös Kranker ein.

Prof. I. F e d o r o w: «Zur Frage über die Entstehung der Cysten des Hymens». (Nr. 22, 23).

Ueber die Entstehung der Cysten hat man noch keine einheitliche Auffassung. Es giebt viele Theorien; am verbreitetsten ist die der epithelialen Wucherung.

Verf. teilt die Cysten ein in oberflächliche und tiefliegende, beschreibt die Störungen und pathol. Veränderungen, die solche Cysten hervorrufen.

N. B a i m a k o w: «Zur Frage über die Wirkung der Salvia officinalis bei Schweissen». (Nr. 23).

B. weist darauf hin, dass Salvia ein altbekanntes Mittel gegen Schweiss ist, hat es selbst mit gutem Erfolg bei 20 Kranken (darunter 17 Tuberkulöse) gebraucht als Infus. folior. 8,0 auf 200,0 4 mal täglich ein Esslöffel oder als Tinktur 20—30 Tropfen 3—4 mal.

N. K u s c h e w: «Theocin als Diuretikum». (Nr. 23).

Empfiehlt Theocin in Gaben von 0,2—0,3 ca. 3—4 mal täglich, bei allen Klappenfehlern, bei Myodegeneration und bei Altersveränderungen der Gefässe besonders, wenn die Herztätigkeit noch genügend ist, der Puls nicht besonders beschleunigt oder schwach ist. Die diuretische Wirkung tritt rasch ein oft schon nach ³/₄ Stunden.

N. W u n k o w: «Ein Fall von Lymphosarkom geheilt durch Ichthyol». (Nr. 23).

Verfasser hat einem Kranken, der an einer rapid wachsenden Neubildung (angebl. Lymphosarkom) litt, Ichthyol zu gleichen Teilen mit Wasser subkutan injiciert und dadurch die Neubildung zum Schwinden gebracht.

W. empfiehlt auf Grund dieser Erfahrung weitere solche Versuche an inoperabeln Tumoren zu machen.

A. T s c h e r b a k o w: «Ein Fall von Angina Ludovici geheilt durch Alkoholkompressen». (Nr. 23).

T. empfiehlt auf Grund eigener Erfahrungen Spirituskompressen als schmerzstillendes Mittel besonders bei entzündlichen Prozessen. Solche Kompressen sind gar nicht zu ersetzen in der Landpraxis. Durch gleichzeitige Anwendung von Thyolum liquidum wird die Wirkung noch verstärkt.

W. S i e b o l d: «Tannigen bei Diarrhoeen der Kinder». (Nr. 23).

Gestützt auf eigene Erfahrungen empfiehlt Verf. Tannigen in Gaben von 0,5—1,0 bei andauernden Diarrhoeen, auch bei Typhus abdom.

S. S i m n i t z k i: Tuberkulöse Erkrankung des Herzmuskels». (Nr. 24, 25, 26).

Tuberkulöse Erkrankungen des Herzmuskels gehören zu den Seltenheiten. Virchow hat sogar behauptet, dass grössere Tuberkel überhaupt nie im Herzfleisch vorkämen. Daher erscheint es wichtig jeden solchen Fall zu veröffentlichen, zumal die Erkrankung als Ursache allgemeiner miliarer Tuberkulose von Bedeutung ist und ausserdem ein hohes pathologisch-anatomisches Interesse beansprucht. Verf. stellt eine Tabelle der bisher veröffentlichten Fälle auf und beschreibt darauf einen Fall eigener Beobachtung und drei Fälle aus dem Krankenhause am Urban (Berlin). Ausführliche klinische Darstellung und genaue Sektionsprotokolle.

W. T i c h o m i r o w: «Ein Fall von fa'scher Selbstanklage in Folge von Epilepsie». (Nr. 24).

Ein tüchtiger Soldat klagt sich selbst an, ein Mädchen getötet zu haben. Er wird klinisch beobachtet und erweist sich, dass er Epileptiker ist. Die Anfälle treten bei ihm in Form von sehr lebhaften Hallucinationen auf.

I. S a l z b e r g: «Drei Fälle von Fraktur des Schädels». (Nr. 24).

S. schildert drei Fälle, von denen der eine nicht operierte letal verlief, die zwei anderen nach Operation genasen und kommt zu den Schlüssen, dass man bei perforierenden Schädelverletzungen jedenfalls operieren müsse. (Debridement oder wenn nötig Trepanation und dass man ausserdem dabei die Wunde breit freilegen soll.

A. L a p s c h i n: «Ueber die Lage der Lungenschwindsüchtigen in den städtischen Krankenhäusern». (Nr. 25).

Die meisten Autoren sind sich einig darin, dass Tuberkulöse am zweckmässigsten in Sanatorien untergebracht werden müssten. Das Ideal, welches angestrebt werden sollte, wäre die Errichtung einer Reihe von Volkssanatorien mit kostenfreier Verpflegung, die über das ganze Reich verbreitet sein müssten. Unterdessen soll aber nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Tuberkulösen die, — wie die Dinge eben noch liegen, — doch in die Hospitäler eintreten, in demselben günstigere Bedingungen finden, als dies bisher der Fall ist. — Also z. B. die Isolierung der Schwindsüchtigen, — ihre Unterbringung in, für sie geeignete, Räume etc etc.

W. K a s c h k a d a n o w: «Ueber Beriberi» (Kakke). (Nr. 25).

K. giebt eine Uebersicht über diese tropische Krankheit. Unterscheidet 3 Formen: 1) eine nervös-paraplegische, 2) eine ödematöse, 3) eine kombinierte. Die Aetiologie ist noch unbekannt. Nach M a n s o n wird das Gift von einem im Boden befindlichen Organismus produziert. Zur Entwicklung bedarf es eines warmen und feuchten Klimas. — P e k e l h a r i m und W i n k l e r handelt es sich um eine besondere Bakterienart. H a m i t o n W r i g h t behauptet die Eingangspforte, sei die Schleimhaut des Duodenum. Viele behaupten es handle sich um ungeeignete Ernährung, z. B. mit schlechten Reissorten.

Prof. L. L e w s c h i n: «Ueber die Verletzungen durch moderne kleinkaliberige Mantelgeschosse». (Nr. 25 u. 26).

Verfasser bespricht die Gesetze, nach denen die Geschosse ihre Wirkung ausüben und beschreibt die verschiedenen Arten der Projektile mit ihren besonderen Wirkungen. Photogr. Aufnahmen mit äusserst lichtempfindlichen Platten sind gemacht worden, z. B. ein Dreihunderttausendstel einer Sekunde ($^1/_{300000}$) und damit der Durchtritt einer abgeschossenen Kugel durch eine Glasplatte in sechs aufeinanderfolgenden Platten aufgenommen.

Prof. W. D a n i l e w s k i: «Beobachtungen über die subjektive optische Empfindung im wechselnden Magnetfelde». (Nr. 26).

D. kommt zum Resultat, dass die subjektive optische Empfindung faktisch bedingt wird durch die inductive Wirkung im wechselnden Magnetfelde.

J. G e n t e r: «Zur Frage über das Vorkommen von Knorpelgewebe in den Tonsillen». (Nr. 27).

G. hat bei 4 unter 45 Tonsillen Knorpelgewebe gefunden. Die Untersuchungen beziehen sich auf Tonsillae palatinae. Nach Angabe der Literatur und der in derselben niedergelegten Ansichten über die Herkunft des Knorpel (versprengte Keime, Reste von embyonalen Kiemenbögen etc.) beschreibt Verfasser seine Fälle. — Vom pathol.-anatom. Standpunkt sind diese Gebilde Enchondrome. Verfasser tritt für die Ansicht der metaplastischen Entwicklung ein.

M. S t e r n: «Ueber sexuelle Neurasthenie». (Nr. 27, 28, 30, 31).

Nach Besprechung der hierher gehörigen Literatur und Beschreibung selbst beobachteter Fälle, zieht Verfasser folgende Schlusssätze: 1) In allen civilisierten Gegenden zeigt sich das Bestreben weniger Kinder zu erzeugen, welches durch ökonomische und andere Verhältnisse bedingt ist. 2) Dazu dient

Digitized by Google

am häufigsten der Coitus interruptus. 3) Der Coitus interruptus erzeugt beim Manne, wie beim Weibe verschiedene nervöse Störungen, welche mit dem Namen «sexuelle Neurasthenie» bezeichnet werden. 4) Die Diagnose derselben ist oft schwer wegen der Aehnlichkeit ihrer Symptome mit solchen anderer organischer Leiden 5) Angesichts dieser sozialen Anomalie (Verminderung der Geburtsziffer) muss der Arzt mit den Ursachen derselben bekannt sein. 6) Es giebt Fälle, in denen der Arzt sich veranlasst sehen wird die Konception hemmende Mittel zu verordnen.

L.

Westnik Oftalmologii. Januar—April 1905.

Braunstein: «Zur Ptosis-Operation».

Drei Fälle, mit gutem Erfolge nach der von Angelucci angegebenen und von Lapersonne modifizierten Operation ausgeführt, werden mitgeteilt (Genaueres über die Technik im Arch- d'Ophthalmologie 1903. Tome 23) und im Bilde vorgeführt.

A. Maklakow: «Ueber Pemphigus Conjunktivae».

Zunächst wird das Krankheitsbild in allen Teilen, Anatomie, Bakteriologie, Aetiologie der Erkrankung besprochen, und dann folgen Mitteilungen über einen selbst beobachteten und behandelten Fall. Gegen die Verwachsungen versuchte er die Einpflanzung frischer Haut des Hühnereies — natürlich ohne Erfolg.

A. Zazkin: «Zur Netzhautablösung».

Mehr als zwei Jahre nach einer perforierenden Verletzung der Sklera trat die Ablösung auf, deren Entstehung der Skleralnarbe zur Last gelegt wird.

A. Kondratjew: «Die Tränenapparate des Kaninchens».

Der Text bringt 26 Zeichnungen, Interessenten müssen das Original lesen.

A. Maslennikow: «Bericht über die Tätigkeit der augenärztlichen Kolonne im Kreise Malmi des Gouv. Wjatka».

Im Jahre 1903 war die Kolonne zwei Monate und 1904, vier Monate tätig. Empfangen wurden 1903 — 5619 Kranke und 1904 — 6912 Kranke. Die einheimischen Wotjaken, Tscheremissen und Tataren stellten 7200 Patienten: Trachomkranke aller Stadien waren 6500, darunter Trichiasis und Entropium 4030. Entsprechend gross ist die Zahl der Hornhauterkrankungen. Die Gruppe: Pannus, Leucomata, Staphyloma beträgt 4618. Das Wjatkasche Gouvernement gehört zu den schlimmsten Trachomgebieten des Reiches. Glaukom 283 Fälle, darunter 189 absolutum! Staare 513. Tränensackeiterungen 222 Fälle. Es stellten sich 932 Blinde vor, darunter 636 unheilbare. Die häufigste Ursache der Erblindung war natürlich das Trachom.

Operationen wurden in Summa 2280 ausgeführt, darunter 196 Extraktionen, 249 Iridektomien, Lidoperationen gegen Entropium und Trichiasis 1271 nach Panas, Snellen, Kotz, Tränensackausschneidungen 62. Die teilweise Vernähung der Lidspalte nach Rudin wurde 40 Mal ausgeführt bei xerotischen Zuständen, und erwies sich die Methode als günstig. Nach Operationen gab es in Summa 7 Vereiterungen.

Augenärztliche Hilfe ist in dem Gebiet dringendes Bedürfniss.

Blagoweschtschenski: «Tenotomie nebst Muskeldehnung (nach Panas)».

Bevor der Muskel an der Sehne abgeschnitten wird, soll er mit dem Schielhaken kräftig angezogen werden, damit die Muskelfasern gedehnt werden. Der Zug, die Dehnung. wirkt auf die Muskelsubstanz als Reiz, und der nach der Dehnung abgeschnittene Muskel zieht sich stärker zusammen und heilt weiter vom Hornhautrande ab an die Sklera, als der einfach tenotomierte und nicht gedehnte Muskel. Der Unterschied — an Kaninchen — der Anheilungsstelle beträgt von 1 bis 2,5 Mm. Die angewandte Dehnungskraft betrug 20 bis 120 Gramm, 5 Minuten lang. Den experimentellen Resultaten entsprechen die klinischen Beobachtungen am Menschen, d. h. der Effekt einer Tenotomie wird durch die Dehnung verstärkt (Ob er aber bleibend ist? Ref.). Bei Strabism. conv. mittlerer Effekt einer einfachen Tenotomie nebst Dehnung = 20,7°. Mittlerer Effekt einer doppelseitigen = 37,5°. Zwei Tenotomien, aber nur auf einer Seite Dehnung, giebt im Mittel 34,9°.

Bei Strabism. diverg. mittlerer Effekt einer Tenotomie nebst Dehnung = 17°; doppelseitig nebst Dehnung = 26,4°.

Dagegen berechnet er aus seinem Material, die Wirkung einer einfachen Tenotomie ohne gleichzeitige Dehnung mit 16,3° einer doppelten mit 29,3° bei Strab. conv. Beim Strab. diverg. sind diese Werte = 12,5° und 22,4°.

E. Lasarew: «Diagnose der Augenmuskellähmungen nach Lage und Stellung der Doppelbilder».

Enthält Bekanntes.

P. Tschistjakow: «Primärer Sehnerventumor».

Ein Gliom vom Bulbus ab 3 Ctm. lang und 1,5 Ctm. dick. Die Krönlein'sche Operation wurde ausgeführt, das Auge aber doch enukleiert.

B. Katz: «Die Anwendung der gelben Quecksilbersalbe bei der sogenannten akuten kontagiösen Konjunktivitis».

Ausser Beizungen mit Höllensteinlösungen wird die Salbe in 1 pCt. Mischung empfohlen.

W. Loktew: »Ein Fall von hochgredigem unregelmässigem Astigmatismus».

Da der Fall nicht zu korrigieren, das Auge hochgradigst amblyopisch war, ist derselbe praktisch ohne Interesse. Im Kindesalter hat eine Hornhauterkrankung die Form der Hornhaut veranlasst.

D. Tolmatschew: «Bericht über fünf Jahre okulistischer Tätigkeit in Slatoust».

Vom 1. Januar 1900 bis 1. Jan. 1905, wurden 8657 Augenkranke empfangen, darunter 14 pCt. Trachomkranke. Unheilbar Erblindete 56. Operationen 262, darunter 49 Extraktionen, 68 Lidoperationen gegen Entropium und Trichiasis.

St. Petersburger Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung am 6. Mai 1904.

J. Felser stellt zwei Patienten vor: Eine vom oberen Orbitalrand ausgehende Geschwulst — ob Neubildung oder entzündlichen Ursprungs, ist fraglich. Tumor retrobulbaris nervi optici — ein typischer Fall.

Tschemolossow demonstriert eine Schutzbrille für die Mannschaften der Marine-Artillerie gegen Blendung beim Richten des Geschützes.

S. Otschapowski: Die Orbitalphlegmone. Eine experimentelle Studie. An Hunden wurde mit Staphylokokken und Streptokokken experimentiert. Das klinische Bild, sowie das anatomische Verhalten der Eiterung in der Orbita des Versuchstieres ist genau so wie, es auch beim Menschen beobachtet wird.

Schädigungen der Augen durch Unfall sollen nach dem Gesetz vom 2. Juni 1903 berechnet werden nach der Tabelle von Josten. Verlust beider Augen = 100 pCt., Verlust eines Auges oder dessen Sehkraft = 35 pCt. Nach der Tabelle beginnt die Entschädigung, wenn beide Augen weniger als ½ Sehschärfe haben, oder wenn das eine 0,5, das andere weniger als 0,5 der normalen Sehkraft besitzt.

G—n.

Довв. ценз. 14 Апрѣля Спб., 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. № 15.

Digitized by Google

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 4 und 5. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1905.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Russ. Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt.
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Mitteilung der Redaktion.

Die Berichterstattung über die russischen medizinischen Zeitschriften konnte im Laufe des letzten Jahres infolge Einberufung mehrerer Referenten zum Kriegssanitätsdienst und vermehrter Inanspruchnahme der zurückgebliebenen nicht mit der bisherigen Regelmässigkeit geschehen. Da es nicht mehr möglich ist, die ausgebliebenen Referate nachzuholen, müssen wir uns, um eine vollständige Unterbrechung nicht eintreten zu lassen, für einige Zeitschriften auf kurze Inhaltsverzeichnisse beschränken. Weiterhin hoffen wir dann in der bisher üblichen Weise mit den Referaten fortfahren zu können.

Die Redaktion.

Russkij Wratsch. 1904. NNr. 30—52 incl.

J. Seldowitsch: «Durch japanische Waffen hervorgerufene Schussverletzungen». (Nr. 30).

W. Sisemski: «Serumbehandlung bei Ozoena». (Nr. 30).

A. Simin: «Verheilung der langen Röhrenknochen bei akuter Osteomyelitis». (Nr. 30).

S. Rubinow: «Vier Fälle von Tollwut bei Menschen nach vorhergegangener Behandlung mit Impfungen». (Nr. 30).

K. Slawski: «Schusswunden des Magens und der Pankreasdrüse mit Beschreibung eines in Heilung übergegangenen Falles». (Nr. 31).

M. Totesch: «Uterusprolaps mit Beschreibung eines Falles von totalem Uterusprolaps während der Geburt». (Nr. 31).

L. Arnstein: «Die Einführung von Toxinen und Antitoxinen in den Liquor cerebrospinalis — eine experimentelle Untersuchungsmethode in der Neuropathologie». (Nr. 31, 32).

Die Arbeit gibt eine Uebersicht über die mannigfachen Versuche der Autoren, einerseits die Giftigkeit der Cerebrospinalflüssigkeit bei Erkrankungen des Centralnervensystems nachzuweisen, andrerseits durch Einführen von Toxinen oder dieselben enthaltender der Cerebrospinalflüssigkeit in den Subarachnoidelraum einen spezifischen Erkrankungsprozess hervorzurufen. Ist es möglich das Nervensystem vor der deletären Wirkung der Toxine durch Einführung von Antitoxinen oder Medikamenten in den Subarachnoïdalraum zu bewahren lautet schliesslich die dritte Frage.

Alle drei werden auf Grund eingehender Literaturstudien bejahend beantwortet. Verfasser schliesst die Arbeit mit einem Hinweis auf die jetzt vorliegende Möglichkeit, auf obigem Wege die Syphilis des Nervensystems und die rheumatische Chorea (Sydenham) experimentell hervorzurufen

W. Subbotin: «Behandlung der Rose». (Nr. 31).

E. Puschkina: «Bericht über die Petersburger städtischen Gebärasyle in den Jahren 1902 u. 1903». (Nr. 31).

A. Mentschinski: «Penetrierende Bauchwunden mit Prolaps der inneren Organe». (Nr. 32).

M. hält die Kriegszeit für geeignet an einige seltene in der Literatur veröffentlichte Heilungen penetrierender Bauchwunden mit Prolaps der inneren Organe zu erinnern. Die Wunden waren alle mehr oder weniger verunreinigt. Therapie bestand in allen Fällen: in Säuberung der Organe, Reposition und Schluss der Leibeshöhle resp. Tamponade nach Mikulicz. Mentschinski bekennt sich als Anhänger der letzteren und sieht die Erklärung solcher Vorkommnisse von Heilung in der gesunden Widerstandskraft des Organismus und der geringen Virulenz der eingeschleppten Keime. Die Mortalitätsangaben schwanken zwischen 18—49,4 pCt.

W. Lewaschow: «Ueber die Gefährlichkeit einiger Apparate für Formalindesinfektion». (Nr. 32).

Th. Omeltschenko: «Die Aetiologie der Komplikationen und Folgekrankheiten des Typhus abdominalis—nach dem pathologisch-anatomischen Material bearbeitet». (Nr. 32).

Unter 100 Fällen, von an Typhus abdominalis Verstorbenen, die bakteriologisch verifiziert worden, fand sich der Eberth-Gaffky'sche Bazillus in Reinkultur nur in 2 pCt. In allen übrigen Fällen bestand Mischinfektion mit Eitererregern, unter welchen wiederum die Streptokokken die erste Stelle einnehmen, 77 pCt. Verfasser hebt hervor, dass eben diese Association des Typhusbazillus mit den Eitererregern den Kranken verderblich wird — ja die Erkrankung an Typhus abdominalis prädisponiere zu eitrigen Erkrankungen. Eiterinfektionen verlieren leicht bei vorher-

Digitized by Google

gegangenem T. den Charakter lokaler Erkrankungen und würden rapid zu einer Allgemeinerkrankung.

K. Schmidt: «Die Entfernung eines Fremdkörpers aus dem linken Bronchus mit Hilfe der unteren Bronchoscopie nach Killian». (Nr. 32).

Sch. berichtet über einen Fall von Einklemmung eines Nussschalenstückes im linken Bronchus. Pat. wurde total arbeitsunfähig. Röntgenuntersuchung ergibt leichten Schatten, beginnendes Infiltrat der Umgebung. Nach mehreren vergeblichen Versuchen durch die obere Bronchoskopie sich die Stelle der Einklemmung sichtbar zu machen — Tracheotomie. Nun gelingt Sichtbarmachen und Entfernen des Fremdkörpers leicht. Heilung. Schmidt betont das Verdienst Killians um die Einführung der Bronchoskopie. Durch die Bronchoskopie ist man jetzt im Stande manchen verzweifelten Fall zu retten. Bei Kindern unter 2 Jahren ist sie der Enge der Luftwege halber kaum anzuwenden. Bei plötzlichen Unglücksfällen, wo schnelle Hilfe not tut, befürwortet Schmidt die Tracheotomie und sogen. untere Bronchoskopie. Die obere ist nur in der Hand eines geschickten Spezialisten wirksam. Bei 23 Fällen gelang die Diagnosenstellung 20 mal, die Entfernung 16 mal und zwar durch ohne Bronchoskopie 6 mal, bei unterer 10 mal.

Prof. N. Fenomenow: «Zur Frage der abdominellen Totalextirpation des karzinomatösen Uterus nach Wertheim». (Nr. 33).

F. beschreibt eingehend sein Operationsverfahren das der bekannten Krönig'schen Modifikation, der Wertheim'schen Operation so nahe kommt, dass ein genaueres Eingehen auf die Einzelheiten nicht angezeigt wäre. Hervorzuheben ist: dass F. nach Durchtrennung der Bauchdecken, die Wunde mit Marlykompressen umgiebt und dieselben durch einige Nähte fixiert und so ausser dem Weichteilschutz sich eine bequeme Handhabe schafft. Sodann, dass er nach Abbinden der Lig. rotunda und Unterbindung der Spermatika nach Spaltung des Lig. latum und Abschieben der Blase sich zuerst die Uterinae aufsucht und sie möglichst nahe vom Abgange von der Hypogastrica unterbindet — dann erst den Ureter isoliert. Das Vaginalrohr klemmt er, nicht wie Wertheim, ab, sondern legt eine Ligatur herum. Mit den Resultaten seiner 7 Fälle ist F. bis jetzt zufrieden und empfiehlt die Operation, der er eine möglichst weite Verbreitung wünscht.

W. Lawrow: «Zur Frage der operativen Behandlung der Perforationsperitonitis bei Typhus abdominalis». (Nr. 33, 34).

Der Arbeit liegt zu Grunde das Material des Obuchow-Hospitals aus den Jahren 1891—1903, — im Ganzen 33 Fälle. Die Mehrzahl der Kranken befand sich zwischen dem 20.—30. Jahr. Die meisten Perforationen fallen in die 3. resp. 4. Typhuswoche — doch ist eine in der 7. und eine in der 8. verzeichnet. Die Hälfte der Perforationen fand während des Hospitalaufenthalts statt. Von diesen ist merkwürdigerweise nur ein Fall gerettet worden. Im ganzen genasen nur 4. Operiert wurden die Kranken $2^1/_2$ Stunden bis 15 Tage nach erfolgter Perforation. Soweit die Temperatur gleich nach diagnostizierter Perforation gemessen werden konnte — ergab sich bedeutende Steigerung. Von Perforationssymptomen konnte nur das Wagner'sche—Verschwinden der Leberdämpfung (13 Fälle) und Fehlen der Peristaltik (4 Fälle) beobachtet werden. Die Inhalationsnarkose wurde schlecht vertragen. Die Perforationstelle wurde entweder einfach mit Lambert'scher Naht versorgt (Fall des Autors) oder erst nach Excision des Wundenrandes. In 11 Fällen kam es zur Darmresection. Gemäss den Prinzipien Trojanow's wurde die Bauchhöhle nie gespült, sondern offen nach allen Richtungen hin drainiert.

N. Kuschew: «Lähmungen bei Ptomaïnvergiftung». (Nr. 33).

Verf. beschreibt 2 Fälle von Ptomaïnvergiftung nach Genuss verdorbenen Fleisches. Zu Beginn die typischen Anfangssymptome: Uebelkeit, Brechen, Durchfall, Schwindel, Trockenheit im Halse, Rauwerden der Stimme, Schluckbeschwer-Ptasis, Krämpfe in den Extremitäten. Es entwickelt sich dann den, eine Parese, dann Paralyse der Extremitäten; ausserdem Parästhesien an Händen und Füssen. Die Fälle gingen langsam in Heilung aus. Das Gift, meint Verf. müsse den beiden bei Fischvergiftungen von Anrep gefundenen Ptomaïnen nahekommen.

P. Newjadomski: «Ueber die Erreger der Variola, Varioloïs, Vaccine, der Windpocken, des Scharlachs, der Maser und des Flecktyphus». (Nr. 33).

Verf. kündigt an, dass es ihm gelungen die Erreger der Variola, der Varioloïs und der Vaccine in Reinkulturen zu erhalten. Die Infektion mit der 9. Generation der Reinkultur rief beim Kalbe die Bildung einer charakteristischen Pustel hervor, von der wiederum mit Erfolg weitergeimpft wurde. Bei der Varioloïs und in der Vaccinepustel fanden sich dieselben Mikroorganismen, die dem Pflanzenreich zuzuzählen sind.

Bei Varicellen fanden sich Erreger, die es auch gelang in Reinkultur darzustellen — sie haben nichts mit den obigen gemein. Ausserdem will Verfasser die Erreger des Scharlachs, der Masern und des Flecktyphus gefunden und in Reinkultur gezüchtet haben. Die Arbeit mit genaueren Details soll in nächster Zeit erscheinen.

W. Orlow: «Zur Frage der Perforation der Uteruswand bei Sondierung und Abrasio». (Nr. 33).

Autor führt 27 Fälle aus der Literatur und 3 eigene an, bei denen es zur Perforation beim Einführen von Instrumenten in den Uterus kam. Er teilt die Fälle in 3 Gruppen:

1) Solche, wo nach Abort zurückgebliebene Eiteile oder Endometritis post abortum einen Eingriff nötig machten.

2) Solche, wo um Abort hervorzurufen Instrumente in den Uterus eingeführt wurden.

3) Solche, wo wegen Endometritis die Abrasio gemacht wurde.

Von diesen 33 Fällen entfallen 23 auf die Involutionszeit nach der Geburt resp. Abort, 2 auf Myome, 5 auf Endometritis. 1 Fall auf Prolapsus uteri und 1 Fall auf Tuberculosis uteri.

Obgleich klinisch verschiedene Fälle, sind die mikroskopischen Bilder einander sehr ähnlich. Verfasser acceptiert voll und ganz die Erklärung Kentmann's, der die Erkrankung der Uteruswand Myometritis ödematosa nannte und eben dies durch Circulationsstörungen hervorgerufene Oedem als Ursache der leichten Perforabilität des Uterus bezeichnete.

Hinsichtlich der Therapie spricht sich Orlow für eine möglichst exspektative und konservierende aus.

Luchsinger.

A. Borchmann: «Erkrankung des Gehörapparates bei Kindern im schulpflichtigen Alter». (Nr. 34, 35).

I. Kankarowitsch: «Ein Fall von Akromegalie». (Nr. 34).

A. Ordinski: «Ein Fall von Infantilismus bei einem 15-jährigen Mädchen». (Nr. 34).

W. Oppel: «Schusswunden des Magens». (Nr. 35).

N. Kakuschkin: «Verhütung und Behandlung der weiblichen Geschlechtskrankheiten in Stadt und Land». (Nr. 35, 36, 37).

N. Botscharow: «Die Wirkung verschiedener Gifte auf das isolierte Herz der Warmblüter». (Nr. 36, 37, 38, 39).

P. Lampsakow: «Kombinierte Bromaethyl-Chloroformnarkose». (Nr. 36, 37).

I. Kasass: «Frühjahrskatarrh der Konjunktiva». (Nr. 36).

S. Manuilow: «Skorbut im Gouv. Wjatka im Jahre 1902». (Nr. 36).

A. Eckert: «Aneurysma der Art. pulm.». (Nr. 37).

A. Kordobowski: «Ein Nadelhalter». (Nr. 37).

W. Oppel: «Ein Fall von Angioma der Wange». (Nr. 38).

J. Selenkowski: «Die Toxin- und Cytotoxintheorie in Anwendung auf die sympatische Ophthalmie». (Nr. 38).

A. Lewin: «Das Kernig'sche Symptom als diagnostisches Merkmal der Meningitis». (Nr. 38).

W. Jawein: «Ein Fall von frühzeitig eingetretener Syphilis des Kleinhirns». (Nr. 38).

D. Nikolski; «Morbidität der in den höheren Lehranstalten Lernenden». (Nr. 38).

A. Fawitzki: «Die therapeutische Klinik und die Grundforderungen derselben». (Nr. 39).

W. Boldjirew: «Der Eintritt einer natürlichen Mischung von Pankreas- und Darmsekret mit der Galle in den Magen». (Nr. 39, 40).

Digitized by Google

E. Radin; «Die Abhängigkeit der nervösen und psychischen Erkrankungen bei Hysterischen». (Nr. 39).

W. Orlow: «Chronische eitrige Erkrankungen der Tuben in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung». (Nr. 40, 41, 42).

A. Spengler: «Die Behandlung akuter Mittelohrentzündungen». (Nr. 40).

A. Petrow: «Zwei Fälle von Serumbehandlung bei Pyämie». (Nr. 40).

R. Katz; «Ueber Sehstörung durch Suggestion bei Kindern». (Nr. 40).

P. Koslowski: «Anwesenheit einer milchähnlichen Flüssigkeit in der linken Pleurahöhle». (Nr. 41).

I. Kawalerow: «Ein Fall von Vergiftung durch „Sprenggelatine" per os». (Nr. 41).

M. Isatschik: «Phlegmonöse Entzündung des Gesichtes, kompliziert mit eitriger Meningitis u. Pyaemie». (Nr. 41).

G. Seleni: «Versuch der Behandlung der Lungentuberkulose mit Marmorek'schem Serum». (Nr. 42).

P. Korolkow: «Progressive Muskelatrophie bei einem 10-jährigen Knaben». (Nr. 42).

N. Riedel: «Die Wirkung des Atropins auf den Darm». (Nr. 41). (Vorläufige Mitteilung).

P. Medowikow: «Pleuritische Exsudate». (Nr. 42).

W. Danilewski: «Ueber die tetanische Kontraktion des Herzens bei Warmblütern durch den elektrischen Strom». (Nr. 43).

R. Wreden: «Radikale Behandlung der Appendicitis während der Latenzperiode». (Nr. 43).

A. Orlow: «Wiederholte Tubargravidität». (Nr. 43).

W. Gortalow: «Behandlung des Trachoms mit wässriger Lösung von Sublimat in Glyzerin und 1% wässriger Höllenstein- und Ichtharganlösung». (Nr. 43).

W. Kernig: «Pericarditis und andere objektiv wahrnehmbare Veränderungen am Herzen bei Angina pectoris». (Nr. 44).

A. Anufriew: «Ueber die Zurückhaltung des Eis in der Gebärmutterhöhle». (Nr. 44).

R. Wreden; «Rectotorsio» zwecks Heilung des Mastdarmvorfalls». (Nr. 44).

K. Willanen: «Zwei Fälle von primärem Lungenkarzinom». (Nr. 44).

F. Tawildarow: «Transplantation der Ureteren mit Exstirpation der Blase bei Totalexstirpation des Uteruskarzinoms nach Wertheim». (Nr. 44, 45).

A. Romanow: «Syphilis des Herzens». (Nr. 45).

S. Suchanow: «Hallucinatorische Zwangsvorstellungen». (Nr. 45).

L. Blumenau und E. Nielsen: «Die motorischen Zentren des Cervicalteiles des Rückenmarks». (Nr. 46).

K. Willanen: «Die Bedeutung der Dimethylamidobenzaldehydreaktion und ihre Beziehung zu den andern Farbenreagentien des Harns». (Nr. 46).

A. Drshewetzki: «Vergleichende Beobachtung über die Wärmebilanz bei einfachen und 10—20-grädigen Salzwannen. (Nr. 46).

W. Korentschewski: «Dysenterie in der Mandschurei». (Nr. 46, 47).

S. Nikonow: «Behandlung der Uterusruptur». (Nr. 46).

G. Turner: «Angeborene Kniegelenksluxation». (Nr. 47).

I. Girgolaw: «Empyem der Brusthöhle und die operative Behandlung desselben». (Nr. 47, 48, 49).

I. Kalantarianz: «Unterbindung der Art. femoralis im Hunter'schen Kanal». (Nr. 48).

W. Orlow: «Wiederholter Kaiserschnitt bei absolut verengtem Becken». (Nr. 48).

S. Ostrowski: «Pyaemie im frühesten Kindesalter». (Nr. 48).

N. Sawekin: «Situs viscerum inversus». (Nr. 48).

N. Strashewski: «Zur Physiologie des Darms». (Nr. 49).

I. Woff: «Wiederholte extrauterine Schwangerschaft». (Nr. 49).

I. Leplinski u. I. Eliaschwili: «Die Cholera in Baku». (Nr. 49).

G. Voss: «Zur Lehre über Tetanie». (Nr. 49).

L. Casper-Berlin: «Behandlung der Blasengeschwülste». (Nr. 50).

E. Russki: «Myosalpingitis hypertrophica». (Nr. 50).

N. Stern: «Zur Kasuistik der Behandlung der Pylorusverengerungen». (Nr. 50).

W. Maximow: «Amputatio penis wegen Karzinom». (Nr. 51).

A. Kotowsch'tschikow: «Ueber einen Fall nicht nachweisbarer Infektion». (Nr. 51).

M. Reich; «Untersuchungen über die Beleuchtung in Lehranstalten und über den Photometer von Wingen». (Nr. 52).

1905. Nr. 1—25 incl.

P. Melikow u. L. Pissarshewski: «Natron subboricum». (Nr. 1).

D. Kischenski: «Antibakterielle Eigenschaften des Natron subboricum und einige Bemerkungen über die Anwendung desselben zu therapeutischen Zwecken». (Nr. 1).

Th. Omeltschenko: «Volumimeter für pathologisch-anatomische Zwecke in der Anthropometrie». (Nr. 1).

M. Schaikewitsch: «Akinesia algera». (Nr. 1).

A. Wassjutinski: «Röntgentherapie bei Trachom». (Nr. 1).

S. Michnow: «Konservative Myomotomie während der Schwangerschaft». (Nr. 2).

W. Oppel: «Behandlung der eitrigen Meningitis». (Nr. 2).

A. Winogradow: «Ueber den Einfluss einiger künstlicher Färbmittel der aromatischen Reihe auf die Verdauung. (Vorl. Mittheil.)». (Nr. 2).

S. Orlowski: «Ueber die Beziehungen der Durchfälle parasitären Ursprungs mit der Achylie des Magens». (Nr. 2).

I. Balin: «Zerreissung der Vaginalwand während des Coitus». (Nr. 2).

W. Bechterew: «Furcht vor fremdem Blick». (Nr. 3).

N. Schultz: «Malaria in der Stadt Sotschi u. Umgebung». (Nr. 3).

W. Orlow: «Echinokokken der weiblichen Beckenhöhle, Diagnose und Behandlung derselben». (Nr. 3).

I. Fedorow: «Aenderung der morphologischen Bestandteile des Blutes während der Chloroformnarkose». (Nr. 3).

A. Pawlowski: «Chronische Diphtherie und Diphtheroid der Epiglottis». (Nr. 3).

R. Katz: «Fingierte und tatsächliche Unfähigkeit zu lesen». (Nr. 4).

A. Salogi: «Hedonal-Chloroform-Narkose». (Nr. 4).

M. Demitsch: «Behandlung der Scabies mit Eudermol». (Nr. 4).

Digitized by Google

M. Kusnezow: «Chirurgische Behandlung bei Erkrankungen der Gallenwege». (Nr. 5, 6, 7).

N. Cholin: «Zur Charakteristik der Verwundungen während des russ.-jap. Krieges». (Nr. 5).

W. Schengelidse: «Akuter Gelenkrheumatismus bei einem Säugling». (Nr. 5).

I. Dillon: «1) Ein Fall von penetrierender Bauchwunde mit Vorfall der verletzten Därme und 2) Schädelfraktur mit Läsion des Gehirns». (Nr. 5).

A. Karschin: «Ein Fall von Anchylostomiasis». (Nr. 6).

I. Piletzki: «Lokale Anaesthesirung mit Kokain und Adrenalin». (Nr. 6).

M. Beresnitzki «Behandlung von Morphinisten, Alkoholikern und Rauchern durch Hypnose». (Nr. 6, 7).

E. Shebrowski: «Ueber die sekretorische Tätigkeit der Parotis». (Nr. 7, 8, 9).

A. Hechtmann: «Zur Pathologie der Nieren». (Nr. 7).

A. Anufriew: «Zur Kasuistik der Menorrhagieen nach Zahnextraktionen». (Nr. 7).

P. Baratinski: «Behandlung der Blasenwunde nach Sectio alta». (Nr. 8).

W. Dantschakowa: «Ueber experimentelle Lebercirrhose». (Nr. 8).

M. Masslowski: «Verletzung durch einen Tiger». (Nr. 8).

W. Maximow: «Lipoma pendulum permagnum labii majoris dextri». (Nr. 9).

M. Moskalew: «Impfung von Gonokokkenkulturen auf Kaninchen etc. Serumtherapie». (Nr. 9).

S. Wermel und N. Solowjew: «Lungensyphilis». (Nr. 9).

N. Muchin: «Ueber die Bedeutung der Erblichkeit bei multiplen Knochenwucherungen». (Nr. 10, 11).

I. Sawadski: «Das Schicksal der Salicylsäure im Körper». (Nr. 10, 11).

N. Prosorowski: «Eine neue Methode der Exstirpation des Uteruskrebses per laparotomiam. (Modifikation der Wertheimschen Methode)».

I. Klitin: «Künstliche Kulturen von Leprabazillen und die Wirkung derselben auf Tiere». (Nr. 10. 11).

E. Radin: «Hypnose und Psychotherapie des Alkoholismus». (Nr. 10, 11).

S. Olichow: «Ueber die Grenzen der Behandlung des Trachoms durch Druck». (Nr. 10, 11).

D. Nikolski: «Erste Hilfeleistung bei Unglücksfällen». (Nr. 19, 11, 12).

D. Michin: «Extrauteringravidität mit ausgetragener Frucht». (Nr. 12).

P. Baratinski: «Indikation für die Ausführung von Radikaloperationen bei Hernien nach Kocher u. Bassini». (Nr. 12).

N. Strashesko: «Wirkung der Bittermittel auf die Sekretion der Magendrüsen». (Nr. 12).

N. Pokrowski: «Extrauteringravidität bei gleichzeitig bestehendem Uteruskarzinom». (Nr. 12).

A. Karnitzki: «Wann ist ein Kind gesund und normal?» (Nr. 13).

L. Spasski: «Der Einfluss des Uresins auf die Harnsäure und ihre Salze». (Nr. 13).

W. Petrow: «Fibröse Pneumonie». (Nr. 13).

D. Morosow «Anormale Lage des Blinddarms beim Erwachsenen». (Nr. 13).

N. Schumowa-Sieber: «Ueber die baktericiden Eigenschaften des Blutfibrins». (Nr. 14).

S. Poggenpohl: «Primäres Endotheliom der Pleura». (Nr. 14).

P. Broschniowski: «Traumatische Verletzung des Nerv. laryng. infer.». (Nr. 14).

S. Kraschewski: «Bimanuelle Erweiterung der Cervix während der Geburt». (Nr. 14).

I. Nasarow und A. Schwarz: «Epidemiologisches über die Verbreitung der Malaria in Taschkent». (Nr. 14).

W. Matweewa: »Akute Infektionskrankheiten in den städtischen Elementarschulen und der Kampf gegen dieselben». (Nr. 15).

A. de Lence: «Hernie des Trommelfells». (Nr. 15).

N. Wolkowitsch: «Ueber den Mechanismus der Ulnarfraktur». (Nr. 16)

W. Menschikow: «Aetiologie der idiopatischen Pharyngealabszesse». (Nr. 16).

R. Klissitsch: «Echinokokkus in der Tube». (Nr. 16).

I. de Lisle: «Serumtherapie der Syphilis». (Nr. 17).

I. Lifschütz: «Entzündliche Affektion beim Lymphangiom». (Nr. 17).

L. v. Lingen: «Extrauteringravidität bei ausgetragener Frucht». (Nr. 17).

N. Sacharow: «Ist die Anwesenheit des Sauerstoffes notwendig zur Entstehung hydrolytischer Gährungen». (Nr. 17).

N. Klodnitzki: «Form umd Lagerung der Granulationen in den vielkernigen weissen Blutkörperchen». (Nr. 17).

Th. Romanow: «Der Eisengehalt des Pilzes der Aktinomykose». (Nr. 18).

W. Orlowski: «Pyelitis als Komplikation während der Schwangerschaft». (Nr. 18).

W. Oppel: «Zur Technik der Anlegung der Magenfistel». (Nr. 18).

E. Shebrowski: «Untersuchung der pleuritischen Exsudate auf Tuberkelbazillen». (Nr. 18).

L. Jakobsohn: «Sexuelle Abstinenz». (Nr. 18).

I. Selenkowski: «Behandlung des Trachoms mit Rhadium». (Vorl. Mitth.). (Nr. 19).

W. Orlow: «Fibromyom des Lig. rotund. uteri». (Nr. 19).

S. Simnitzky: «Ueber Alexine im Blute des tierischen Organismus». (Nr. 19).

G. Josifow: «Hat die Placenta Lymphgefässe?» (Nr. 19).

T. Charasow: «Ueber den Einfluss des Formalins auf verflüssigte Cholerakulturen». (Nr. 19).

P. Michin: «Zerreissung der Vagina während des Coitus». (Nr. 19).

A. Mankowski: «Ueber die Verbreitung der Malaria durch Mücken». (Nr. 20).

N. Berestnew: «Untersuchung der Faeces auf Choleravibrionen». (Nr. 20).

P. Iwanow: «Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Infektion durch Staphylokokkus aureus mit Collargol». (Nr. 20).

A. Slatowerow: «Caries des Hammers und Behandlung derselben». (Nr. 20).

W. Woronkow: «Chirurgische Behandlung der Bronchiektasien». (Nr. 20).

Digitized by Google

D. Nikolski: «Maassregeln gegen die Cholera in Fabriken». (Nr. 21).

P. Haller: «Die Cholera in Saratow im Jahre 1904». (Nr. 21).

I. Gübert: «Ueber die Behandlung der Cholera». (Nr. 21).

I. Tamamschew: «Ueber die Behandlung der Cholera». (Nr. 21).

N. Kulibjakin: «Schusswunden der Bauchhöhle». (Nr. 21).

N. Berestnew: «Ein Agglutination hervorrufendes Reagenzpapier und die Anwendung desselben zur Erkennung der Choleravibrionen». (Nr. 22).

G. Josifow: «Uebertritt der Lymphe ins Blut bei Wirbeltieren». (Nr. 22).

W. Bogoljubowa: «Bakteriologisches bei der Appendicitis». (Nr. 22).

I. Koslowski: «Ueber die Vernähung des Omentum majus an die Bauchwand». (Nr. 22, 23, 24).

S. Maximowitsch: «Schwefelquellen». (Nr. 22).

D. Sabolotni: «Spirochaeten bei der Lues». (Nr. 23).

A. Kotschanow: «Behandlung der akuten retropharyngealen Abszesse». (Nr. 23).

A. Koritzki: «Die local anaesthesierende Wirkung des Digitalin». (Nr. 23).

M. Mühlmann: «Die desinfizierende Wirkung der Nephtha». (Nr. 23).

M. Tschlenow: «Spirochaeta pallida». (Nr. 24).

R. Wreden: «Schussverletzungen durch das kleinkalibrige japanische Geschoss». (Nr. 24).

E. Ratner: «Appendicitis während eines Typhus». (Nr. 24).

I. Ewenchow: «Injektion von Strychnin. sulf. vor der Chloroformnarkose». (Nr. 24).

I. Sawtschenko: «Herstellung des Scharlachserums». (Nr. 25).

W. Menschikow: «Behandlung des Scharlachs mit Serum». (Nr. 25).

G. Koshewnikow: «Ueber die natürlichen Feinde der Malariamücken». (Nr. 25).

W. Slanski: «Behandlung von Soldaten mit Hypnose». (Nr. 25).

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Gynaekologie) 1904, Heft 12.

Biographie und Aufzählung der Arbeiten J. Lwow's, der ein eifriger Mitarbeiter des Journals war und vor kurzem gestorben ist.

K. Ulesko-Stroganowa: «Struma ovarii».

Einer 54-jährigen Frau wurde eine kindskopfgrosse frei in der Bauchhöhle ballotierende Geschwulst per laparotomiam entfernt. In der Bauchhöhle fand sich Ascites, die Geschwulst sass an einem langen Stiel. Pat genas. Die Geschwulst war von höckeriger Oberfläche, weicher Konsistenz und bestand aus einer Menge von Höhlen der verschiedensten Grösse. In diesen befand sich eine teils colloide, teils trübe Flüssigkeit. Die Geschwulst gehörte dem rechten Eierstock an. Der linke war etwas vergrössert, bot auf dem Durchschnitt kleine cystische Höhlen dar. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Tumors fand man reichliche Entwickelung von Blutgefässen. Im Uebrigen bestand das Gewebe aus einer Menge eng an einander liegender, von bindegewebigen Septen getrennter, alveolärer Räume. Diese sind von dem mannigfaltigsten Epithel ausgekleidet: kubischem, zylindrischem, plattem etc. Ueberall ist eine starke Proliferation des Epithels zu bemerken, öfters zu grossen Strängen. Das Lumen der Alveolen von einem farblosen, nach v. Gieson sich orangefärbbaren Inhalt erfüllt, manches Mal besteht dieser aus einer homogenen festen Masse. Unverkennbar ist die Neigung zu regressiven Metamorphosen (hyaline Degeneration, Verkalkung). Das Bild erinnert Verf. auffallend an das Gewebe der Schilddrüse. Der linke Eierstock bot das Bild der kleincystischen Degeneration dar.

H. Thomson: «Teratoma ovarii».

Beschreibung von 3 Fällen.

1. Fall: 20-jährige Virgo. Per laparotomiam eine kopfgrosse Geschwulst rechts von der Gebärmutter entfernt. Auf dem Durchschnitt bemerkt man eine Menge von Cysten verschiedener Grösse, Knochengewebe, 1 Zahn, Haare und eine grützbreiähnliche Masse. Mikroskopisch fand sich noch ausserdem Muskelgewebe, Epidermis mit ihren Gebilden, Nervenfasern, Knorpelgewebe, Schleimhautgewebe.

2. Fall: 25-jähr. Pat., wenig bewegliche elastische Geschwulst, Stieldrehung, Einriss der Tumorwandung. Das Tumorgewebe war teils hart, teils bestand es aus kleinen Cysten, ausserdem Knorpel, Knochen, Epidermis, und Haufen von Spindelzellen (Sarcom).

3. Fall: Es handelte sich um eine zweifaustgrosse Geschwulst mit partienweiser sarkomatöser Degeneration.

H. Thomson: «Behandlung der Blutung post partum».

Bei atonischer Blutung komprimiert Th. die Gebärmutter fest über der Symphysis. Führt dieses nicht zum Ziel, so drückt Verf. einen grossen sterilen Wattebausch auf die Gegend der Vulva in der Richtung zum Becken. In dieser Weise komprimiert man $^1/_4$—$^1/_2$—1 Stunde und legt später auf die anteflektierte Gebärmutter einen Sandsack auf.

A. Balaschow: «Foetus papyraceus».

Eine 23-jährige Pat. hatte die letzte Regel am 3. Dez., am Ende des 4. Monats fühlte Pat., dass ihr Leib kleiner wurde. Nachdem sie eine abortive Form eines Typhus, Malaria und Dysenterie durchgemacht hatte, gebar sie am 7. Sept. ein 2830 Grm. schweres Kind. Ausserdem wurde, aus Chorion gleichsam angeklebt, ein Foetus papyraceus von 15 Ctm. Länge ausgestossen mit mumificierter Nabelschnur. Die Placenta wog 650 Gramm, wies einen grossen weissen Infarkt auf. Es handelte sich um eineiige Zwillinge. Wahrscheinlich trug die Anwesenheit des grossen weissen Infarktes die Schuld an der ungenügenden Ernährung und Entwickelung des 2. Foetus. Syphilis lag nicht vor.

J. Snegirew: «Bericht über die ambulatorische Tätigkeit des gynaekologischen Institutes für Aerzte für den Zeitraum von 1896—1900».

Bericht über 2290 ambulatorisch behandelte Kranke.

1905. Heft 1, 2 und 3.

W. Grusdew: «Ueber Korpusluteumzysten». (Nr. 1).

Nach genauer Besprechung der diesen Gegenstand bearbeitenden deutschen Literatur beschreibt Verf. 3 Fälle. Die Korpusluteumzysten verändern, sobald sie sich zu einer gewissen Grösse entwickelt haben, ihre ursprüngliche Struktur, behalten jedoch einige anatomische Eigentümlichkeiten, wie

Digitized by Google

die Faltbarkeit der Luteinschicht und die Anwesenheit der gelben Zellen in dieser. Die Haematome des Corpus luteum geben zu einer besonderen Form der zystischen Degeneration Anlass. Der Inhalt der Zysten kann sich auf dem Wege des Blutzuflusses aus den Kapillaren der Luteinschicht bilden. Die Epithelien, welche die Wandschicht von innen auskleiden, sind nichts anders als morphologisch veränderte Endothelien der Kapillaren der Luteinschicht. Eine übermässige Entwickelung von Luteingewebe darf nicht für die Entwickelung einer Blasenmole oder eines Syntycioms nicht für charakteristisch angesehen werden.

In dem einen Fall wurde eine mannskopfgrosse Zyste ohne Verwachsungen entfernt, die Zystenwand hatte kein typisches Aussehen, doch charakteristisch genug, um auf die Entstehung aus einem Corpus luteum zu schliessen. Die Luteinschicht war partienweise kaum vorhanden, was sich durch die starke Dehnung der Wand während des Wachsthums der Zyste erklären lässt. Die beiden andern Fälle sind mikroskopisch genau untersucht und beschrieben.

W. Maximow: «Ueber die totale Uterusextirpation wegen Karzinom per laparotomiam hypogastricam extraperitonealem nach Mackenrodt». (Nr. 1.)

Verf. hat zwei Fälle nach Mackenrodt operiert: im ersten Fall handelte es sich um eine 43-jährige Pat. mit einem in Zerfall begriffenen Portiokarzinom bei beweglichem Uterus. Dieser wurde per laparotomiam entfernt, ebenso das Parametrium und die Beckendrüsen. Am vierten Tage traten Ileussymptome auf, die sich am folgenden Tage legten. Genesung. Beim 2. Fall war die karzinomatöse Infiltration auf das Scheidengewölbe übergegangen. Extirpation von oben mit Entfernung der Adnexa, der Parametrien und der sich hart anfühlenden Lymphdrüsen. Genesung. Die Methode ist Verf. sehr sympathisch, über Dauerresultate kann er nicht berichten und giebt dieser Methode vor der Wertheim'schen den Vorzug.

A. Mjikerttschjanza: «Ueber allgemeine Anaesthesie» (Nr. 1).

Die Arbeit enthält eine Zusammenstellung der Vorzüge und Nachteile des Chloroforms und des Aethers und die Indikationen für die eine und andere Anaesthosierungsmethode. Verf. hat 108 mal mit Aether, 71 mal mit Chloroform anaesthesiert und vergleicht die Wirkung, Nebenerscheinungen etc. beider Narkotica. Die üblen Nachwirkungen in den ersten 24 Stunden sind beim Chloroform geringer; das Erbrechen ist weniger häufig und intensiv, der Schlaf besser, als nach der Aethernarkose. M. glaubt, dass der Eintritt des Chloroformtodes damit in Zusammenhang steht, dass der Arzt die Narkose nicht genau beobachtet und unnütz zu viel gegeben wird. Verf. hat nur ein Mal 60 Grm. verbraucht bei einer fast zweistündigen Operation. Die gemischte Chloroform-Aethernarkose bietet keine Vorzüge, dagegen ist das Stickoxydul (Lustgas) mit Sauerstoff ein sehr gutes Anaesthetikum. In den Vereinigten Staaten von Nordamerika werden jährlich 750,000 Lustgasnarkosen ausgeführt mit 3 Todesfällen durchschnittlich. Die Injektion von Kokain in den Subduralraum sind durchaus nicht ungefährlich und erfüllen ihren Zweck sehr wenig.

S. Nikonow: «Ueber die Behandlung des Abortes». (Nr. 2).

Verf. hat 132 Aborte behandelt und tritt warm für eine aktive Therapie des unvollkommenen Abortes ein. Bei abwartendem Verhalten beobachtet man nicht selten langdauernde Blutungen, Endometritiden, septische Erkrankungen und langdauernde entzündliche Erscheinungen. Im Hinblick auf diese Gefahren soll möglichst schnell zur Entleerung der Uterushöhle geschritten werden. Bei «reinen» Aborten werden die Reste mit Finger oder Kornzange entfernt, die Höhle ausgekratzt, mit heisser Sublimatlösung ausgespült und die Vagina tamponiert. Bei infizierten Fällen wird die Uterushöhle mit Jodtinktur ausgetupft und tamponiert. Die Resultate sind sehr gute. Injektionen mit Jodtinktur hat Verf. fast nie angewandt. Bei Aborten im 4. und 5. Monat ist die Ausräumung mit dem Finger die schonendste, eventuell schliesst man eine vorsichtig ausgeführte Auskratzung an. Selten kommt man in die Lage zum Metreurynter zu greifen. Den Schluss der Arbeit bilden statistische Angaben über die Häufigkeit des septischen Abortes, den Verlauf der reinen und infizierten Fälle etc.

L. Okintschitz: «Zur Kasuistik der Erkrankungen der äusseren weiblichen Geschlechtsorgane». (Nr. 2).

Erster Fall: 31-jährige Frau, auf beiden grossen und kleinen Labien und der Klitoris ein Geschwür mit zerklüfteten Rändern, Inguinaldrüsen vergrössert, Umgebung des Geschwürs infiltriert, daher ein operativer Eingriff unmöglich.

Zweiter Fall: Bei einer 21-jährigen Frau wurde in der rechten grossen Labie ein gänseeigrosser Tumor von elastischer Konsistenz durchgefühlt. Der Tumor wurde exstirpiert, die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Myxom handelte.

W. Fedorow: «Zur Kasuistik der Sarkome der äusseren Genitalien». (Nr. 2).

Eine 61-jährige Frau wies in der Gegend der Klitoris eine harte, an einem kurzen, breiten Stiel hängende Geschwulst mit geschwüriger Oberfläche dar, die Inguinaldrüsen waren vergrössert, die mikroskopische Untersuchung ergab Sarkoma fusocellulare. Die Geschwulst wurde entfernt, die Lymphdrüsen belassen. Nach Verlauf eines Jahres kam Pat. wieder zur Beobachtung, die Narbe war von normalem Aussehen, beiderseits vom Uterus unregelmässige Tumoren, die Inguinaldrüsen stark vergrössert.

K. Skrobanski: «Der derzeitige Stand der Anschauungen über den Krebs und die Behandlung desselben». (Nr. 3).

Verf. konstatiert, dass in Russland die Krebsfrage viel zu wenig bearbeitet wird, während dieselbe in Deutschland und England zu den brennendsten Tagesfragen gehört. Auch in Russland ist die Frequenz an Krebserkrankungen im Zunehmen begriffen, die Zahl der Kranken, die sich im misserablen Zustand vorstellt eine ungeheuere. Winter führt als Grund für die starke Verbreitung des Karzinoms in Deutschland das indolente Verhalten der Kranken selbst, die ungenügende Kenntnis des Krankheitsbildes von Seiten der Hausärzte und der Frauenärzte an. Das bezieht sich nach Ansicht Verf. auch auf die hiesigen Verhältnisse, speziell, die Indolenz der niederen Bevölkerung spielt eine grosse Rolle. In Deutschland und England bestehen Komitée's, die sich der Bearbeitung der Krebsfrage widmen. Verf. spricht den Wunsch aus, dass man auch in Russland der Frage näher treten möchte.

L. Nenadowitsch: «Ueber die Behandlung der weiblichen Genitalaffektionen mit Schlamm».

Verf. bespricht den Einfluss der Schlammbäder auf Puls, Atmung, Stoffwechsel, Blutzirkulation etc.

J. Snegirew: «Ueber das Examen der ambulatorisch behandelten Kranken». (Nr. 3).

S. bedauert, dass bei der Aufnahme der Anamnese und des Status praesens ambulatorisch Kranker keine Einheitlichkeit besteht und giebt ein Schema an, das diesem Uebelstande abhelfen soll. Leider wird es dem Untersuchenden in grossen Ambulatorium an Zeit mangeln, dieses Schema genau auszufüllen.

Lingen.

Довв. ценз. 5 Августа Спб., 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Digitized by Google

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 6 und 7. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1905.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Russ. Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt.
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Detskaja Medizina. 1905. Nr. 1 u. 2.

Prof. W. Tschernow: «Ueber Megacolon congenitum bei Kindern». (Nr. 1).

Verfasser beschreibt zwei Fälle aus seiner Praxis: bei einem 11jährigen Knaben, der an Obstipation litt, war besonders der obere linke Teil des Leibes stark aufgetrieben. Bei der Sektion des an Masern verstorbenen Patienten erwies sich das S. Romanum stark erweitert, sein Umfang betrug 15 Ctm., der Umfang des Kolon transversum betrug 12 Ctm., der des Kolon ascendens 10 Ctm., beide Flexurae coli waren bedeutend enger: ihr Umfang betrug 5 und 6½ Ctm. An der Uebergangstelle des S. Romanum in das Rectum war der Darm nur für 1 Finger durchgängig. Die Wand des Dickdarms war besonders zum Rectum hin verdickt, hauptsächlich durch Zunahme der Submukosa und Muskularis. Die Schleimhaut wies die Zeichen des chronischen Katarrhs teilweise mit ulcerösem Zerfall auf. Die Submukosa des Dickdarms war nach dem Rectum hin kleinzellig infiltriert und stellenweise bindegewebig entartet, in der Wand des S. Romanum und an der Uebergangstelle in das Rectum reich an fibrillärem Gewebe.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen 10-jährigen Knaben, der mit dem Zeichen eines Volvulus flexurae sigmoideae am achten Krankheitstage aufgenommen und am folgenden Tage laparotomiert wurde. Die Flexur lag im kleinen Becken und ging winklig in das Rectum über. Bei Lüftung der Schlinge wurde ein Narbenstrang im Mesosigma sichtbar, der den Anfangsteil des aufsteigenden Astes mit dem Ende des absteigenden verband. Am neunten Tage nach der Operation (über deren Ausführung nichts Genaueres gesagt ist) starb Patient und bei der Sektion fand man das Peritoneum verdickt, im Mesosigma ein 4 Ctm. langer Narbenstrang, das Colon transversum 17 Ctm. im Umfang, das S. Romanum bis 25 Ctm. erweitert; der Umfang der beiden Knickungswinkel betrug 10 und 11 Ctm. Das Rectum war nicht erweitert. Die Schleimhaut des Darms war verdickt und wies ausser den Zeichen der chronischen Entzündung auch akute Veränderungen auf. Aus diesen, wie auch aus anderen, in der Literatur erwähnten Fällen ist ersichtlich, dass zum Zustandekommen der Erweiterung und Hypertrophie des Darmes ein Hindernis in Form von congenitaler Aplasie oder Parese, oder Stenose des Darms vorhanden sein muss.

L. Mankowski: «Ueber Psoriasis bei Kindern». (Nr. 1).

Auf der therapeutischen Abteilung des Olgakrankenhauses in Moskau beobachtete M. 10 Fälle und im Ambulatorium noch 7 Fälle. Alle gehörten zum sogenannten normalen Typus (Andry). Die Patienten standen im Alter von 3—13 Jahren. In therapeutischer Hinsicht wäre die systematische Anwendung des Thyreoidin hervorzuheben, das allerdings keine einwandsfreien Resultate gab.

G. Sokolowski: «Ueber multiple Hautgangrän nach Masern und ihre Behandlung». (Nr. 1).

Im Verlauf der beiden letzten Jahre sah Verfasser 2 Fälle dieser seltenen Nachkrankheit der Masern. Bei einem 4-jährigen Mädchen entwickelten sich in der dritten Woche nach Beginn der Masern Knötchen in der Haut des ganzen Körpers, die in kurzer Zeit nekrotisch wurden und zerfielen. Die Patientin war in der Ernährung heruntergekommen und fieberte. S. kratzte die gangränösen Stellen mit dem scharfen Löffel aus, wusch sie mit 1% Lösung von Pyoctaninum aureum und verband sie aseptisch. Diese Prozedur wurde mehrfach wiederholt und in einigen Tagen hatten sich alle Geschwüre gereinigt und Patientin genas. Beim zweiten Patienten, einem 3 jährigen, ebenfalls schlecht genährtem Knaben entwickelten sich 2 Wochen nach Ausbruch des Exanthems schwarze, runde Flecken von circa 1 Ctm. Durchmesser namentlich am Kopf. Auch hier wurden die gangränösen Stellen mit dem scharfen Löffel entfernt und die Wunde mit Pyoctanin ausgewaschen und verbunden. Patient genas gleichfalls in kurzer Zeit.

J. Rachmaninow: «Ein Fall von tuberkulöser Meningitis mit eigenartigem Verlauf». (Nr. 1).

Ein 2½-jähriges, bis dahin gesundes Mädchen, erkrankte ohne sichtbare Ursache mit plötzlichem Bewusstseinverlust, hohem Fieber, beschleunigtem Puls, erweiterten Pupillen, schwachen Krämpfen in den Extremitäten und vasomotorischen Störungen der Haut. Unter diesen Symptomen starb das Kind im tiefen Coma am zehnten Tage. Leider war es Verfasser nicht möglich eine Autopsie auszuführen.

P. Michailow: «Vier Fälle von Tetanie». (Nr. 1).

Kasuistische Mitteilung aus dem Ambulatorium des Olgakrankenhauses.

L. Bartenew: «Ueber das Pfeiffer'sche Drüsenfieber». (Nr. 2).

Die 3 von B. mitgeteilten Fälle betrafen Knaben von 5, 6 und 7 Jahren, von denen 2 dadurch besonders hervortraten, dass bei ihnen am Ende der ersten Woche eine akute hämorrhagische Nephritis einsetzte mit hohem Fieber und schmerzhafter Schwellung der Lymphdrüsen. Die Nephritis hörte allmählich im Verlauf eines Monats auf. Alle drei Patienten genasen.

W. Shukowski: «Zwei seltene Fälle von angeborener Zwerchfellhernie». (Nr. 2).

Im ersten Fall handelte es sich um einen Knaben, der 2½ Stunden nach der Geburt starb. Bei der Sektion fand sich

Digitized by Google

das Herz nach rechts verlagert, in der linken Brusthöhle lagen Magen, Milz, der linke Leberlappen und ein Teil des Kolon transversum. Die linke Zwerchfellhälfte fehlte. Die linke Lunge war rudimentär, nur 1 Ctm. lang. Im zweiten Fall war der Knabe 20 Stunden nach der Geburt unter asphyktischen Erscheinungen gestorben. Die Sektion ergab Verdrängung des Herzens, der Trachea und Thymus nach rechts; links in der Brusthöhle lag ein Teil des Dickdarms und Dünndarms bis hinauf unter der Clavicula. Die linke Lunge war atelektatisch sehr zusammengepresst, bestand aus 2 Lappen. Unter dem Zwerchfell lagen Leber, Magen und ein Teil des Dickdarms, der durch eine breite Oeffnung der linken Zwerchfellhälfte in die Brusthöhle getreten war.

L. Arschenewski: «Ein Fall von Bronchiektasie». (Nr. 2).

Kind von 1 Jahr 2 Monaten mit multiplen Höhlenerscheinungen in den Lungen, dabei Hustenanfälle mit reichlichem schleimig- eitrigem Auswurf (keine Tuberkelbazillen), keine Temperaturerhöhungen, Trommelstockfinger und gutes Allgemeinbefinden.

N. Kenarski: «Ein Fall von schwerer Cerebrospinalmeningitis bei 6-jährigem Mädchen mit Ausgang in Genesung». (Nr. 2).

Das Fieber dauerte über 1 Monat, die Reizerscheinungen traten stark hervor, trotzdem waren keinerlei Folgeerscheinungen nachgeblieben.

A. Kissel: «Zwei Fälle von Lungengangrän bei Kindern». (Nr. 2).

Ein 5-jähriger Knabe kam mit Erscheinungen von Lungengangrän in Behandlung und hustete dabei eine Kornähre aus, die er 1/2 Jahr vordem aspiriert hatte. Darnach verblieben die Zeichen einer partiellen Induration des rechten unteren Lungenlappens.

Ein Kind von 1 Jahr 9 Monaten wurde mit Lungengangrän aufgenommen. Dasselbe hatte 1 Jahr vordem 1 Büschel kurzer Grashalme aspiriert und darnach rechterseits Höhlenerscheinungen. Da die Eltern gegen einen operativen Eingriff waren, wurde das Kind mit denselben Erscheinungen entlassen.

A. Kissel: «Ein Fall von 14-monatlichem Verweilen eines Fremdkörpers in der Luftröhre eines 5-jährigen Knaben». (Nr. 2).

Es handelte sich um ein Sonnenblumensamen, der ausgehustet wurde.

Weyert.

Russkij Wratsch. 1905. NNr. 26—29 incl.

W. Obraszow: «Zur Kasuistik der Zwangsvorstellungen kompliziert mit Sinnestäuschungen». (Nr. 26).

Verf. gibt genaue Krankengeschichte und Analyse zweier Fälle.

P. Filosofow: «Ueber einige Besonderheiten beim klinischen Verlaufe des Typhus abdominalis». (Nr. 26 und 27).

1. Zwei Fälle von hämorrhagischer Diathese bei T. abd. Bei dem einen setzte der Zustand zu Beginn des T. beim anderen am 39. Tage ein. Das Zustandekommen der Hämorrhagien erklärt Verf. durch Aenderung der Blutbeschaffenheit und Durchlässigweiden der Gefässe, wobei Alles, was schwächend auf den Organismus wirkt, schlechte Ernährungsverhältnisse, Alkoholismus, lange Dauer der Krankheit etc. die Disposition erhöht.

2. Ein Fall von Typhusrezidiv. Nach 30-tägiger Dauer der ersten Erkrankung—3-monatliche Apyrexie. Dann wieder typischer Typhus abdom. schwerster Form, der zum Tode führt. Verf. ist der Meinung, dass es sich um ein Rezidiv handelt, da im fieberfreien Stadium keine Erholung eintrat, sondern Pat. über Kopfschmerz, Müdigkeit, häufige Durchfälle klagte—und möchte eben diese Symptome als pathognomische angesehen wissen; ein Rezidiv sei in diesem Falle zu befürchten.

A. Sidorow: «Ein Fall von Klavikulafraktur». (Nr. 26).

S. tritt warm für möglichst frühzeitiges Einsetzen der Massagebehandlung ein. Besonders in Fällen, wie bei dem des Autors, wo einen Dauerverband anzulegen durch ein Hautemphysem und hierdurch behinderte Atmung unmöglich gemacht war, wird die Kallusbildung durch systematische Massage beschleunigt.

D. Popow: «Ausgetragene Ovarialschwangeschaft». (Nr. 27, 28, 29).

Interessanter Fall von zweifelloser Ovarialgravidität, was sowohl makroskopisch, als auch mikroskopisch einwandsfrei bewiesen wird. Hinsichtlich des günstigen Resultates—Mutter und Kind blieben am Leben—ist es bisher der 2. in der Literatur bekannte Fall, unter 11 ausgetragenen Ovarialgraviditäten. Der Fruchtsack wurde nach Entfernung des Kindes in toto exstirpiert. Die Blutung, die drohte bedeutend zu werden, stand nach Unterbindung des Lig. infundibulo-pelvic., nachdem zuvor die Kommunikation mit dem Gebiet der Uterina praeventiv ligiert worden war. Letzteres dürfte wichtig sein.

N. Prosorski: «Zur Kasuistik der Mesenterialzysten». (Nr. 27).

P. operierte Patientin mit gutem Erfolge, die an einer Mesenterialcyste litt, die sich wie die mikroskopische Untersuchung feststellte, wahrscheinlich aus einer Lymphdrüse entwickelt hatte. Die völlige Entfernung des Cystensackes erwies sich als zu gefährlich, da leicht Mesenterialgefässe in grösserer Menge hätten unterbunden werden müssen. Pr. vernähte daher die Cystenwand mit Bauchfell und Bauchdecken nach Abtragen des grössten Teiles der Cyste und tamponierte. Er emphiehlt diese Methode, als die relativ beste — trotz langer Dauer der Nachbehandlung und Gefahr des späteren Ileuseintritts.

P. Newjadomski: «Ueber die Bedeutung der Eitererreger bei Pocken». (Nr. 27).

Verf. zieht folgende Schlüsse aus seinen Untersuchungen:

1. Bei normalem Verlauf von Variola-Variolois erfolgt die Umwandlung der Bläschen in die Eiterpustel nicht unter Beihilfe von Eitererregern, sondern ist dieser Prozess nur der Ausdruck der Vermehrung der Formelemente und der Zerfall im Bläschen.

2. Das sogenannte Vereiterungsfieber ist eine Reaktion des Organismus gegen die Aufnahme von Toxinen des Pustelinhalts resp. der Zerfallsprodukte der Leukozyten.

3. Die schweren Formen der Variola confluens und haemorrhagica sind auf Sekundärinfektion des Pustelinhalts durch Staphylokokkus resp. Streptokokkus zurückzuführen.

E. Rotmann: «Zur Frage des Wachsens des Gonokokkus Neisser auf einfachem Fleisch-Pepton-Agar».

R. prüfte die Thalmann'schen Nährböden und kam bezüglich ihrer Brauchbarkeit zu negativen Resultaten. Kolonien wuchsen nur bei Aufstrich von viel Eiter. Verf. erklärt dieses Wachsen als noch durch die Nährsubstanzen der Impfmasse bedingt. Zu diagnostischen Zwecken bei chronischer Gonorrhoe eigne sich der Thalmann'sche Nährboden kaum.

Auffallenderweise erwähnt Autor mit keinem Worte der Arbeiten von Wassermann und Ukke.

W. Petrow: «Beobachtungen über das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei verschiedenen Arten des Sumpffiebers». (Nr. 28 und 29).

Verf. hat 15 Fälle von febris tertiana, 6 f. quartana, 9 febris tropica und 5 Fälle, wo es nicht gelang die Parasiten im Blut nachzuweisen, untersucht. Er untersuchte sowohl frisches Blut als auch in Trockengefässen. Die besondere Herstellungsmethode der letzteren wird genau beschrieben. Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Bei Beginn der Erkrankung tritt unbedeutende Hyperleukozytose auf, im weiteren Verlauf Verminderung der Gesammtzahl der Leukozyten, bedingt durch ihre grössere Auflösbarkeit im Blute und den Organen. 2) Bei Genesung Rückkehr der Leukozytenzahl zur Norm. Hierbei Vermehrung der Eosinophilen. 3) Die verschlechterte Blutbeschaffenheit wird durch Hypoleukozytose angezeigt. 4) Die Leukozytose nach Nahrungsaufnahme fehlt entsprechend dem Darniederliegen des Appetits zur Zeit der Anfälle und steigt mit Wiederkehr des Appetits. 5) Einige Formen der Leukozyten (Eosinophile und vielleicht auch die mehr und einkernigen besitzen eine ausgesprochene Chemo-

Digitized by Google

taxis zu den reifen Formen der Parasiten und schädigen die Vitalität der letzteren. 6) Diese letztere Eigenschaft benutzt der Organismus im Kampfe gegen die Parasiten. 7) Der erhöhte Zerfall der Leukozyten bei protrahierten Formen der Malaria dient wahrscheinlich ebenfalls dem Selbstschutze des Organismus.

Th. Omeltschenko: «Zur Frage der Syphilisspirochaeten». (Nr. 29).

Verf. leugnet auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen, dass das, was die meisten Forscher als Spirochaete pallida angesehen, wirklich etwas mit Mikroorganismen zu tun habe. Er entnahm die Präparate nicht nur syphilitischen Papeln, sondern auch dem Wundbett des weichen Schankers, frischen Granulationen, Nichtsyphilitischer, ja sogar dem Corium zweier Leichen. Die Präparate waren alle durch Abkratzen des Coriumgewebes mit scharfem Messer gewonnen und waren nach Giemsa gefärbt worden.

Verf. kommt zum Schluss, dass die beobachteten Gebilde nichts Anderes sind, wie vom Corium stammende Bindegewebsfibrillen, die als Spirochaete verschiedener Art von sich reden gemacht haben.

G. Adolphi: «Die Spermatozoen der Säuger schwimmen gegen den Strom».

Verf. konnte einwandsfrei experimentell nachweisen, dass die Spermatozoen gegen den Strom sich einstellen. Erklärt wird dies Phänomen durch die Balanceverteilung im Bau des Spermatozoen, dessen Schwanz der Hebel ist, den benutzend die Strömung den Kopf gegen sich dreht.

Luchsinger.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Gynaekologie) 1905, Heft 4 u. 5.

A. Gubarew: «Ein neuer Tisch für gynäkologische und abdominale Operationen». (Nr. 4).

Beschreibung und Abbildung eines neuen Models für einen transportablen Operationstisch, der sich zu vaginalen Operationen eignet, sowie für Laparotomieen.

A. Grigorowitsch: «Ueber einen Fall von Fibrosarcoma vulvae». (Nr. 4).

Bei einer 29-jährigen Pat. fand sich ein kindskopfgrosser Tumor, der an einem Stiel hing und von der rechten kleinen Schamlippe ausging. Die Geschwulst wog 740 Gr., war von höckeriger Oberfläche, zum Teil exulceriert. Uterus u. Adnexa waren normal. Die Geschwulst wurde durch einen durch die Basis des Stiels zirkulär verlaufenden Schnitt entfernt. Alsdann wurden auf der Grenze der Labia maj. zwei Schnitte angelegt, welche sich in der Richtung zur Symphyse vereinten. Der umschnittene trapezoide Lappen wurde abpräpariert. Die in der Nähe des Dammes befindlichen Neubildungen von geringer Ausdehnung wurden gleichfalls entfernt. Die Wunde verheilte nicht per primam, Pat. entlassen, das weitere Schicksal unbekannt. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man spindelförmige Zellen und reichlich entwickeltes Bindegewebe.

W. Kolewitzki: «Metreuryse». (Nr. 4).

Unter 3318 Geburten hat Verf. 205 mal die Metreuryse angewandt, als Indikation diente hauptsächlich die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in 122 Fällen, bei Eklampsie 9 mal, Placenta praevia 23 mal, bei vorzeitigem Blasensprung und ungenügender Erweiterung des Muttermundes 51 mal. Der Ballon wird nur mässig angefüllt (300—400 Grm.), da eine übermässige Anfüllung nach Erfahrung Verf. zur Parese der Uterusmuskulatur führt und den vorliegenden Teil zum Abweichen bringt. Verf. hat den Ballon öfters bei geschlossenem Muttermund nach dessen künstlicher Erweiterung mit Bougis eingeführt. Bei Placenta praevia wird der Ballon in die Eihöhle eingeführt und falls die Eihäute noch nicht geplatzt sind, diese erst gesprengt. Unter den 23 Fällen, wo wegen Placenta praevia die Metreuryse angewandt, wurden 17 Kinder lebend geboren — 73,9 pCt. während andere Statistiken weniger günstige Resultate geben. Luftembolie trat in keinem Fall ein, 3 Pat. starben, eine an akuter Anaemie, 2 an Sepsis, von denen ein Fall fiebernd zur Beobachtung kam.

R. Kaufmann: «Steinbildung in der Vagina». (Nr. 4).

Bei einer 22-jährigen Pat. fand man eine Verwachsung der kleinen Labien von der Klitoris bis an den Damm, wie eine vorgespannte Membran. Eine Sonde liess sich hinter der Membran durchführen, in der Vagina fühlte man einen harten Körper. Die Membran wurde inzidiert und aus der Scheide ein faustgrosser Stein in zerstückeltem Zustand entfernt. Der Stein war von dunkelbrauner Farbe, bestand aus Trippelphosphaten, amorphen Phosphaten und phosphorsaurem Kalk. Die Membran muss sich im frühen Kindesalter gebildet und die Stauung im Urin Anlass zur Steinbildung gegeben haben.

L. Kriwski: «Ueber Hinterscheitelbeineinstellung». (Nr. 4 und 5).

Das Material entstammt der Petersburger geburtshilflichen Anstalt. Auf 52,500 Geburten wurde 47 mal die Hinterscheitelbeineinstellung notiert, und auf 34,200 Geburten 46 mal die Naegele'sche Obliquität beobachtet. Begünstigt wird diese Einstellung durch das enge Becken, Tiefstand des Promontorium, Hängebauch etc. Die durchschnittliche Geburtsdauer betrug 34,8 Stunden. Die Therapie war, wenn möglich, expektativ oder es wurde die hohe Zange angelegt, die prophylaktische Wendung genoss wenig Vertrauen. Nicht selten wurde zur Zange gegriffen, wenn die Irrigularität der Einstellung paralysiert war, die Kräfte aber nicht ausreichten zur Ausstossung. Die Zange wurde im Ganzen 27 mal angelegt, 2 mal Symphyseotomie, 14 mal Perforation und Kranioclast. Von 51 Kindern 31 gesund entlassen, 3 starben an Asphyxie, 3 bald nach der Geburt, 14 waren perforiert. Die Symphyseotomie verdient eine häufigere Verwendung.

A. Mjikerttschjanza: «Aetiologie und Behandlung der Osteomalacie». (Nr. 5).

Verf. hat 2 Fälle behandelt.

Erster Fall: 32-jährige Pat. 2 mal geboren, in feuchter Wohnung gelebt, mässige Ernährung, konnte nur auf einen Stock gestützt gehen. Die Rippenbogen erreichten fast die Darmbeinkämme, Lordose der Wirbelsäule, Darmbeinkämme auseinandergerückt, Beckenknochen verdickt, Promontorium ragt vor, Symphyse schnabelförmig, Kreuzbein verkrümmt, starke Schmerzen in den Knochen. Phosphorbehandlung, Besserung.

Zweiter Fall: 37-jährige Gravida. 6 mal geboren, ungenügende Ernährung, erkrankte an so heftigen Knochenschmerzen, dass sie ½ Jahr nicht gehen konnte, dann folgte die 7 Geburt, nach der wieder eine Verschlimmerung eintrat, sie magerte ab, verlor mehrere Zähne — konnte nicht gehen. Als sich Pat. Verf. zeigte war sie 3 Mon. gravid., die Rippenknochen waren abgeplattet, die Schlüsselbeine verkrümmt, die Oberarmknochen im Schultergelenk nach vorn luxiert, die Rippenbogen dem Becken genähert, Sitzbeinhöcker einander stark genähert, Kreuzbein im Becken eingekeilt, Becken absolut verengt. Daher Abort artificialis und Phosphorbehandlung 0,02 : 100,0 und Atropin 0,012 auf 50 Pillen. Beide Fälle wurden gebessert und beide beziehen sich auf Bewohnerinnen des Kaukasus.

H. Thomson: «2 Fälle von Chorionepithelioma». (Nr. 5).

Erster Fall: 28-jährige Frau, vor 4 Jahren Blasenmole, ½ Jahr darauf Abrasio. Nach einer normalen Geburt wurde wegen längerer Blutung nochmals eine Abrasio gemacht. Bald darauf stärkere Blutung, die nicht zu stillen war, der äussere Muttermund war geöffnet, auf der hinteren Fläche des Uterus fühlte man eine Unebenheit. Totalexstirpation. Auf der hinteren Fläche der Gebärmutter fand sich ein rundliches Geschwür mit unregelmässigen Rändern, die mikroskopische Untersuchung stellte das typische Bild des Chorionepithelioms fest, Genesung. ½ Jahr später bestes Wohlbefinden.

Zweiter Fall: 42-jährige Pat. blutet seit ½ Jahr. 1903 wurde nach zweimonatlicher Menopause ein «Stück» entfernt. Nach 1½ Jahren Blutung, wobei ein grösseres «Stück» entfernt wurde, welches kleine Bläschen trug. Auf der Hinterfläche des Uterus wurde eine unebene Stelle gefühlt. Totalexstirpation mit den Adnexen. Genesung. Auf der hinteren Fläche der Gebärmutter fand man eine pilzförmige Wuche-

Digitized by Google

rung, die aus weichem in Zerfall begriffenen Gewebe bestand. Die mikroskopische Untersuchung ergab dasselbe Bild, wie im ersten Fall. In beiden Fällen war also eine Blasenmole vorhergegangen.

L. Okintschitz: «Missgeburten». (Nr. 5).

Hydramnion 18 ctm. langer Foetus bot ausser einer Hasenscharte das unter der Bezeichnung Thoracogastroschisis cum ectopia cordis, hepatis et intestinorum bekannte Bild dar. Im zweiten Fall handelte es sich um eine frühzeitige Zwillingsgeburt: der erste Foetus — 23 ctm. lang — war normal, dem andern fehlten Kopf, obere Extremitäten und Brustkorb — ein Acephalus dipus. Bei der Sektion fand man 6 rudimentär entwickelte Rippen beiderseits, die Wirbelsäule endete nach oben hakenförmig, enthielt kein Rückenmark, Herz, Lungen, Leber, Milz, Magen, Pankreas fehlten, ein Darmsegment vorhanden, das in den Mastdarm führte, Analöffnung fehlte, Nieren und Uretheren vorhanden, Blase nicht gefunden.

Lingen.

Westnik Oftalmologii. Mai—Juni 1905.

A. Schimanowski: «Nekrolog Prof. A. W. Chodins».

A. Maslennikow: «Ueber tägliche Schwankungen des inneren Augendruckes beim Glaukom».

An 22 Glaukomaugen wurden die Beobachtungen ausgeführt. In allen Fällen wurde der Druck am Morgen höher am Abend niedriger gefunden. Der Unterschied erreichte 22 Mm. Hg. Die Anwendung der Myotika oder die ausgeführte Iridektomie sind nicht im Stande die Druckschwankungen zu beseitigen. Der glaukomatöse Prozess bedingt eine mechanische Störung in der Regulierung des inneren Augendruckes. Die Myotika sind während der zweiten Hälfte des Tages den kranken Augen einzuträufeln.

A. Agababow: «Zur Modifikation der Entropium-Operation».

A. legt, wie zu einer Snellen- oder Snellen-Hotz-Operation, den Lidknorpel frei und brennt nun eine Rinne längs dem Lidrande in den Knorpel, je nach gewünschtem Effekt tiefer und breiter, mit dem Galvanokauter oder Thermokauter. Das Glüheisen ersetzt also den keilförmigen Knorpelausschnitt, welchen man mit dem Messer macht bei jener Operation. Der Brandschorf wird sorgfältig ausgetupft und dann wird ganz so vernäht wie bei der Snellen-Hotz-Operation um die Ränder der gebrannten Knorpelrinne zu adaptieren. An die Tausend Operationen sind bereits ausgeführt worden und die Resultate sind gute. Ref. meint, wer sich auf die Ausschneidung des Knorpelkeiles eingeübt hat und über scharfe Messer verfügt, der wird schnellere und hübschere Heilungen erzielen und nicht viel Recidive sehen. Ref. wird beim Messer bleiben, das akkurater als das Brenneisen arbeitet.

R. A. Katz: «Ueber das Sehen in Zerstreuungskreisen».

Unzweifelhaft kurzsichtige Kinder zeigten ohne Korrektur eine auffallend gute Sehschärfe; mit Gläsern, welche schwächer waren, als dem Grade Kurzsichtigkeit entsprach, sahen die Kinder so gut, wie bei voller Korrektur. Die Augen besassen also die Fähigkeit selbsttätig die Zerstreuungskreise zu unterdrücken. Drittens hob die volle Korrektur die Sehschärfe nicht. Hier nimmt K. eine gewisse Amblyopie bei Myopie an.

W. Popow: «Ein vernachlässigter Fall von Melanosarkom der Bindehaut nebst Bild».

A. Kassil: «Gliom der Netzhaut».

Eine Krankengeschichte.

Ophthalmologische Gesellschaft zu Kiew.

Diese neubegründete Gesellschaft hielt ihre erste Sitzung am 20. Mai 1904. Der Praesident Dr. Mandelstamm hielt die Eröffnungsrede: «Ueber die Fortschritte der Augenheilkunde seit dem Beginne des 19. Jahrhunderts bis auf unsere Tage».

Dr. Neese sprach: «Ueber die Entwickelung der Augenheilkunde in Kiew».

Darauf folgten Krankenvorstellungen: 1. Extraktion eines Eisensplitters durch den Magnet. 2. Ein Exophthalmus operiert nach Krönlein (Tumor). 3. Resectio optico-ciliaris wegen heftiger Schmerzen bei Glaucoma absolutum.

Sitzung am 18. September 1904.

N. Burzew stellt einen Soldaten vor welcher, ausser Trachom ein auffallendes Oedem der Lider beider Augen aufweist. Der Mann steht seit längerer Zeit in Behandlung, ohne dass es gelingt den Zustand zu bessern. Er spricht den Verdacht aus, es könne sich um absichtlich ausgeführte mechanische Insulte handeln, um dem Dienste zu entgehen.

J. Lurje demonstriert einen Fall von Tuberkulosis der Bindehaut. J. Neese empfiehlt Tuberkulininjektionen, 1/1000 Milligramm im Beginn.

M. Koslowski: «Ueber die Entfernung der kurzsichtigen Linse bei hoher Kurzsichtigkeit». Er hat 38 Augen operiert, davon 17 Augen nach Fuckala d. h. erst discidiert und dann die Extraktion nachgeschickt; In 21 Fällen entfernte er sofort die Linse ohne vorherigen Eingriff und ohne Iridektomie. Er hatte keinen direkten Verlust. Zwei Jahre nach der Operation trat an einem Auge Netzhautablösung auf. Die Operation führt schneller zum Ziel und verlangt weniger Nachhilfe. Indiziert hält er die Operation in jedem Falle, wenn der hohe Grad der Kurzsichtigkeit eine befriedigende Korrektur durch Gläser unmöglich macht.

Sitzung am 26. Oktober 1904.

A. Schimanowski stellt einen 18-jährigen Patienten vor, dem vor 12 Tagen wegen hochgradiger Myopie (— 18 D) die durchsichtige Linse entfernt wurde ohne Iridektomie. Er tritt für diese Operation ein. In der Diskussion wird auch die Frage berührt, ob man Kurzsichtige voll oder nur zum Teil korrigieren solle? S. ist für volle Korrektur.

E. Mandelstamm ist für die Operation nach Fuckala d. h. erst discidieren und dann extrahieren. Er ist auch gegen volle Korrektur der Kurzsichtigkeit.

Betreff beider Fragen; lebhafte Diskussion dafür und dagegen.

Sitzung am 30. November 1904.

K. Rumschewitsch demonstriert einen Fall von amyloider Degeneration an den oberen Lidern.

A. Schimanowski: «Zur Ptosisoperation». Er berichtet über zehn nach verschiedenen Methoden operierte Fälle. Die besten Resultate giebt die Ausnutzung der Kraft des M. frontalis, indem man den Lidheber an jenen annäht — Methoden nach Dransart, Birnbacher, Pancoast, Angelucci. Alle Methoden seien aber in ihren Dauererfolgen unzuverlässig und daher ist die Konstruktion passender Gestelle, welche das Lid heben und zurückschieben, — Ptosisbrillen — weiter zu verbessern. In der Debatte wird die Graefe'sche Methode der Ptosisoperation empfohlen und mehrfach betont, dass jeder Fall individualisiert werden müsse, um mit Erfolg zu operieren.

G—n.

Дозв. ценз. Спб., 17 Сентября 1905 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Digitized by Google

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 8 und 9. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". **1905.**

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Russ. Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Medizinskoje obosrenie (Medizinische Rundschau). 1904 Nr. 11—24 u. 1905 Nr. 1—11.

J. Russlow: «Zur Diagnose des Magenkrebses». (Nr. 11).

J. Salzberg: «Zur Kasuistik der Neubildungen des Magens». (Nr. 11).

W. Poljakow: «Aktive Beweglichkeit der Lymphozyten und ihre Bedeutung für die Zytodiagnose». (Nr. 11).

W. Smirnow: «Ueber den Einfluss des Pyramidons auf das Blut, die Milz, Leber und Nieren bei Tieren». (Nr. 11).

A. Kolubkow: «Echinokokkuserkrankungen in der Krim». (Nr. 12).

L. Diwanin: «Symptomatologie und Diagnostik der Lebercysten nicht parasitären Ursprungs». (Nr. 12).

W. Dewitzki: «Formalinpigment und die Extraktion desselben aus dem Gewebe». (Nr. 12).

W. Reishof: «Zur Kasuistik der Komplikationen bei Aortenaneurysmen». (Nr. 13).

P. Panfilow: «Zwei Fälle von Erkrankungen mit dem Adams-Stokes'schen Symptomkomplex». (Nr. 13).

Th. Sokolow: «Blasenmole». (Nr. 14).

Derselbe: «Ueber einen Fall von künstlicher Unterbrechung der Schwangerschaft bei Epilepsie und Herzfehler». (Nr. 13).

W. Netedow: «Ein Fall von Bakti'scher Krankheit». (Nr. 14).

P. Radzich: «Ueber sog. choanale Polypen». (Nr. 14).

N. Solowjew: «Experimentelle Untersuchungen über die pathogene Wirkung der Saccharomyces neoformans Sanfelice auf den tierischen Körper». (Nr. 14).
(Vorläufige Mitteilung).

W. Samgin: «7 Fälle von Lepra im Moskauer Gouvern.». (Nr. 15).

A. Blanche de la Roche: «Ein seltener Fall von extragenitaler syphilitischer Infektion». (Nr. 15).

W. Serenin: «Jodipin». (Nr. 15).

A. Kablukow: «Multiple Echinokokken der Bauchhöhle». (Nr. 16).

G. Baradulin: «Echinokokkus der Beckenknochen». (Nr. 16).

S. Wassiljew: «Angeborene Blasen-Nabelfistel». (Nr. 16).

W. Serenin: «Ueber die Anwendung des Adrenalin in der chirurgischen Ambulanz». (Nr. 16).

J. Winokurow: «Kleinhirngeschwulst im kindlichen Alter». (Nr. 17).

A. Kissel: «Zur Diagnose der Noma bei Kindern». (Nr. 17).

W. Shukowski: «Ueber einen protrahierten Typhusfall». (Nr. 17).

R. Lunz: «Podagra beim Kinde». (Nr. 17).

N. Sack: «Mischinfektion des Rachens». (Nr. 17).

N. Prawosuda: «Neues Operationsverfahren beim Symblepharon totale». (Nr. 18).

W. Uspenski: «Radikaloperation des Myoms per vaginam». (Nr. 18).

G. Schorr: «Konservierung anatomischer Praeparate». (Nr. 18).

Derselbe: «Zur Technik der Bearbeitung von Paraffinpräparaten». (Nr. 18).

M. Kireew: «Blutreaktion beim Flecktyphus». (Nr. 19).

A. Hippius: «Pasteurisation der Milch». (Nr. 19).

S. Zipkin: «Karzinom des vorderen Mediastinums». (Nr. 19).

N. Kuschew: «Affektion der Wirbelsäule bei Tabes dorsal.». (Nr. 20).

W. Tschernow: «Undurchgängigkeit des Darmes in Folge Volvulus Flex. sigmoid». (Nr. 20).

L. Jarozinski: «Jodkatgut in der Chirurgie». (Nr. 21).

J. Kudinzew: «Ruptur des Sinus longit». (Nr. 21).

W. Roshanski: «Aetiologie der Steinkrankheiten». (Nr. 21).

G. Speranski: «Moser's Serum bei Scharlach». (Nr. 21)

Digitized by Google

G. Solowjew: «Zum 150-jährigen Bestehen der Geburtshülfe in Moskau». (Nr. 22).

L. Warneck: «Inversio uteri». (Nr. 22).

M. Wydrin: «Inversio uteri nach der Geburt». (Nr. 22).

D. Pletnew: «Ueber den Ausfall des Pulses». (Nr. 22).

A. Kablukow: «Erkrankungen durch den Echinokokkus in der Krim. 58 Fälle von Echinokokkotomieen der Leber». (Nr. 23).

A. Wirschubski: «Die wissenschaftliche Tätigkeit J. Pawlow's in der Verdauungsphysiologie». (Nr. 23).

J. Troitzki: «Grosses Herz im Kindesalter». (Nr. 24).

L. Warneck: «Radikale Behandlung des Uteruskrebses». (Nr. 24).

E. Marzinowski: «Bouton d'orient und die Aetiologie dieser Erkrankung». (Nr. 24).

W. Kanel: «120 mit Serum behandelte Fälle von Dysenterie». (Nr. 24).

A. Cholodkowski: «Extrauteringravidität». (Nr. 24).

1905 Nr. 1—11.

N. Beresnegowski: «Funktionelle Resultate bei partieler ein- und zweizeitiger Amputation des Fussgelenkes». (Nr. 1).

Th. Rose: «Trauma der Bauchdecken». (Nr. 1).

M. Kirejew: «Die diagnostische und prognostische Bedeutung des Ausschlags bei Typhus exanthematicus». (Nr. 1).

W. Serenin: «Bericht über den internationalen Kongress zu Madrid». (Nr. 1).

B. Tscherno-Schwarz: «Zur Kasuistik der durch den Kolibazillus entstandene Cystitis im Kindesalter». (Nr. 2).

W. Shukowski: «Tödtliche Leberblutung eines neugeborenen Kindes bei kongenitaler Syphilis». (Nr. 2).

F. Sawin: «Morbiditätsfrequenz der männlichen Bevölkerung an Syphilis in Astrachan». (Nr. 2).

W. Tschekan: «Zur operativen Chirurgie des Gebärmutterkrebses, primäre und Spätresultate nach dem operativen Eingriff». (Nr. 3).

P. Bondarew: «Zur Kasuistik der Verletzungen der äusseren Genitalien während der Schwangerschaft». (Nr. 3).

A. Wissotzki: «Ueber experimentelle Anaemieen». (Nr. 4).

N. Rosanow: «Die Bedeutung des Wassers bei der Verbreitung der Cholera». (Nr. 4).

D. Gorochow: «Zur Kasuistik der Osteotomieen». (Nr. 5).

W. Bogoljubow: «Ueber postoperative Magendarmblutungen». (Nr. 5).

W. Filinowitsch: «Zur Kasuisik der ausgetragenen Extrauteringravidität». (Nr. 6).

D. Abramow: «Blasenmole». (Nr. 6).

M. Radkewitsch: «Behandlung des Diabetes». (Nr. 6).

I. Rachmaninow: «Ein Fall von Tetanus beim Kinde». (Nr. 7).

W. Shukowski: «Das erste Anzeichen der kongenitalen Syphilis». (Nr. 7).

I. Astrachan: «Ueber eine Missgeburt». (Nr. 7).

W. Roshanski: «Behandlung der Cholera mit russischen Bädern». (Nr. 7).

M. Witkowski: «Das Medizinalwesen im fernen Osten». (Nr. 7).

I. Bobrinski: «Bericht über den Pirogow'schen Cholerakongress». (Nr. 7 u. 8).

W. Serenin: «Diagnose und operativer Eingriff beim Magenkrebs». (Nr. 8).

I. Winograd: «Polydaktylie». (Nr. 8).

S. Waissenberg: «Ankylose des Kiefergelenks». (Nr. 8).

L. Heller und Preobraschenski: «Ueber Nervenerkrankungen». (Nr. 9).

M. Zipkin: «Behandlung der Tabes dorsalis und Myelitis chr. mit Keratin». (Nr. 9).

P. Radzich: «Ueber Gehörsempfindungen reflektorischen Charakters». (Nr. 9).

A. Wissotzki: «Wirkung der Elektrolyse auf Narbengewebe». (Nr. 9).

P. Barchasch: «Primäre Tuberkulose des Darms der Mesenterialdrüsen».

O. Bornstein: «Ueber Herstellung des Serums gegen Rheumatismus». (Nr. 11).

W. Kan'el: «Serumtherapie bei Gelenkrheumatismus».

N. Kotowschtschikow: «Uebersicht über die im Jahre 1904 erschienenen Arbeiten betreffs Untersuchung des Gefässapparates». (Nr. 11).

L.

Woenno-Medicinskij Shurnal. (Militär-medizinisches Journal). Oktober—Dezember. 1904.

N. Orlow: «Praktische Winke zum Gebrauch der grossen Röntgenapparate mit Handmotor». (Nr. 10).

F. Awdejew: «Trepanation des Warzenfortsatzes bei eitriger Mittelohrentzündung, die sich im Verlaufe einer krupösen Pneumonie entwickelt hatte». (Nr. 10).

N. Iwanissow: «Ein Fall von Sarkom der Nebennieren und der Brusthöhle». (Nr. 10).

N. Lasizki: «Zur Behandlung des Scharlachs mit antiskarlatinösem Serum». (Nr. 10).

In dem vom Verf. behandelten Falle hatte das antiskarlatinöse Serum absolut keine Wirkung, das Antidiphtherieserum dagegen einen sehr günstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf.

A. Iwanow: «Zur Frage der Gruber-Widal'schen Reaktion bei Ikterus». (Nr. 10).

R. Fraenkel: «Ein Fall vom ambulatorischen Automatismus». (Nr. 10).

J. Andrshejewski: «Ueber die Malaria-Blutungen, als ein Symptom der Malaria-Erkrankung der Blutgefässe». (Nr. 9, 10 und 11).

Verf. beschreibt mehrere Fälle von Nasen-, Uterus-, Magendarm- und bronchopneumonischen Blutungen infolge von Malaria.

P. Golubinzew: «Das Bettzeug des Soldaten». (Nr. 10).

S. Tauber: «Zur Frage des Transports der Verwundeten auf dem Kriegsschauplatze». (Nr. 10).

N. Kadazki: «Das Leben der Verbandplätze im Kriege 1877—1878 in der europäischen Türkei». (Nr. 6—12).

A. Zazkin: «Zur Frage der Verknöcherung der Gefässhaut des Auges. (Choroiditis ossificans)». (Nr. 10).

B. Hahn: «Ueber die gegenwärtige Therapie des Trippers, seiner Komplikationen und der Erkrankungen der Harnorgane». (Nr. 9 und 10).

M. Sereshnikow: «Zur Frage über die Malaria an der Kuschka und die Bekämpfung derselben». (Nr. 10).

Digitized by Google

N. Egorow: «Ueber die magneto-elektrischen Induktoren». (Nr. 11).

W. Wojatschek: «Ein vergleichend-anatomisches Kriterium bei der Funktion des Mittelohres». (Nr. 11).

K. Samurawkin: «Ein Fall von Aneurysma der Carotis infolge einer Schussverletzung». (Nr. 11).

L. Dobrowolski: «Die Inguinalhernien in der Militärhospitalpraxis». (Nr. 11).

In der chirurgischen Abteilung des Wladikawkasschen Hospitals wurden in 5 Jahren (1899—1903) 345 Patienten mit Inguinalhernien behandelt, von denen 253 operiert wurden. Es folgt darauf ein kurzer Bericht über die operierten Fälle und die beobachteten seltenen Komplikationen.

A. Monse: «Ein Fall akuter Undurchgängigkeit des Darms, die mit gutem Erfolge mit Atropin nach der Methode von Batsch behandelt wurde». (Nr. 11).

W. Zeitlin: «Ein Fall akuter Rückenmarkentzündung. (Myelitis acuta)». (Nr. 11).

R. Wreden: «Briefe des Hauptchirurgen der Mandschurischen Armee». (Nr. 11).

S. Milewski: «Zur Frage des Transports der Kranken und Verwundeten im gegenwärtigen russisch-japanischen Kriege». (Nr. 11).

A. Sonnenblick und S. Logaschkin: «Die Rolle und Bedeutung des fliegenden Feldlazarets beim Abzuge unserer Mandschurischen Armee». (Nr. 11 und 12).

A. Krushilin: «Die Narkose durch's Rektum». (Nr. 12).

Verf. hat die Aethernarkose per anum in 43 Fällen angewandt und kommt dabei zu folgenden Schlüssen: 1) Bei Durchführung einiger Bedingungen (Reinheit des Darms, genügende Quantität und Spannung des Dampfes) kann durch Einführung von Aetherdämpfen ins Rektum in den meisten Fällen eine genügend tiefe Narkose erzielt werden. 2) Der Schlaf tritt dabei verhältnissmässig ruhig ein und die Narkose selbst entbehrt der Nebenwirkungen, die der Narkose per os eigen sind. 3) Gelingt die Aethernarkose per anum nicht, so genügt es einiger Einatmungen von Chloroform, um tiefen Schlaf zu erzielen; zur weiteren Unterhaltung der Narkose genügt eine verhältnissmässig geringe Menge Chloroform. 4) Bei Operationen am Kopfe und Halse hat die Aethernarkose grosse Vorzüge und ist in diesen Fällen unersetzbar. 5) Die Narkose per anum verdient ihrer grossen Vorzüge wegen eine möglichst grosse Verbreitung: jede Narkose soll zunächst per rectum einverleibt werden und nur wenn diese nicht ausreicht, kann man zur Narkose per os übergehen. 9) Bei ulzerösen und entzündlichen Prozessen im Darm und bei Peritonitis darf die Narkose per anum nicht angewendet werden, weitere Kontraindikationen wird die Praxis ausarbeiten.

P. Ljubomudrow: «Zur Kasuistik der Leberabszesse». (Nr. 12).

N. Filontschikow: «Wässerige Jodlösungen, als antiseptische Flüssigkeit in der Chirurgie». (Nr. 12).

Wässerige (1/2—1—2%) Jodlösungen sind nach den Beobachtungen des Verf. vorzügliche antiseptische Flüssigkeiten.

A. Iwanow: «Zur Kasuistik der Neurosen nach Blitzschlag». (Nr. 12).

Bei der vom Blitzschlage getroffenen Pat. des Verf. entwickelte sich eine schwere allgemeine Neurose mit dominierenden Magensymptomen.

G. Stershemenski: «Behandlung der Malaria mit subkutanen Injektionen von Chinopyrin». (Nr. 12).

Die beste Verordnungsformel des Chinopyrins zu subkutanen Injektionen ist nach Verf. folgende: Rp. Chinini puri 3,0, Antipyrini 2,0, Aq. destillat. tepid. 6 Ccm., konzentrierte Lösungen rufen bei den Injektionen Schmerzen, Verhärtungen und andere unangenehme Folgen hervor, Schwächere enthalten zu wenig Chinin. Nach den Erfahrungen des Verf. an 60 Patienten ist das Chinopyrin das beste Präparat zu Behandlung der Malaria und giebt recht gute Resultate.

J. Protopopow: «Zwei Fälle aussergeschlechtlicher Syphilisinfektion». (Nr. 12).

In beiden Fällen sass der harte Schanker an der Unterlippe.

A. Blanche-de-la-Roche: «Ein aetiologisch sehr seltene Fall von Hystero-Epilepsie». (Nr. 12).

Januar—Juni (incl.) 1905.

W. Nedrigailow: «Ueber die Phagozytose». (Nr. 1).

Auf Grund seiner Versuche kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Fähigkeit Bakterien und überhaupt Fremdkörper aufzufangen hat nur das lebende Protoplasma der Leukozyten, welches aktive Bewegungen auszuführen imstande ist. Diese Fähigkeit behält das Protoplasma bei Zimmertemperatur bis 14—15° (C.) und beim Zentrifugieren sogar bis 9—10° (C.).

2) Die Leukozyten vertragen ziemlich gut niedrige Temperaturen und bleiben in einer Kochsalzlösung (0,75 pCt.) 4—5 Tage lang bei einer Temperatur von 4—6° lebendig.

A. Federoff: «Die Desinfektion des Trinkwassers mit Königs-Wasser». (Nr. 1).

Die Untersuchungen des Verf's bestätigen vollkommen die Resultate der Untersuchungen von B. Slowzow. In bakteriologischer Beziehung ist das Königswasser ein sehr gutes Desinfektionsmittel für das Trinkwasser, ob es sich aber in der Praxis bewähren wird, ist noch fraglich.

J. Schendrikowski: «Die Pest in der Garnison der Stadt Gaidshoou im Jahre 1902». (Nr. 1).

I. Maximowitsch: «Die Fälle von Hospitalerysipel im Warschauer Ujasdowschen Militärhospital im Dezennium 1893—1903.» (NNr. 1 u. 2).

In diesen 10 Jahren kamen auf 1000 Kranke 2,6‰ von Erysipel. Im ganzen wurden in diesem Zeitraum 1795 Erysipelas-Fälle behandelt; die Mortalität an Erysipel betrug durchschnittlich 1,62 pCt. Von äusseren Mitteln hatten nach den Beobachtungen des Verfassers einen zweifellos günstigen Einfluss auf die Verbreitung des Erysipels Pinselungen der affizierten Hautpartien mit einer Mischung von gleichen Teilen Guajacol, Jodtinktur und Spiritus aethereus mit Zusatz einiger Tropfen Olei menthae pip., 2—4 Mal täglich: das Fieber, die Schmerzhaftigkeit und Spannung der Haut vermindern sich und gleichzeitig tritt eine Besserung des Allgemeinzustandes ein. Von inneren Mitteln war am wirksamsten Kampfer.

W. Podobanski: «Zur Frage der Anwendung subkutaner Atropininjektionen bei akuter Undurchgängigkeit des Darms». (Nr. 1).

Günstiger Erfolg in einem Fall.

M. Labsin: «Zur Therapie des Typhus recurrens». (Nr. 1).

Von 18 Fällen des Verfassers verlief die Kranheit leichter bei jenen Patienten, welche Arsen bekommen haben (15 Tropfen Solutio Fowleri pro die); etwas schwereren Verlauf hatte die Krankheit bei den Patienten, die mit Methylenblau behandelt (0,12 pro die), aber doch leichter, als bei den Kontrollpatienten, die nichts bekommen haben. Chinin und Sublimat hatten keinen günstigen Einfluss auf den Krankheitsprozess.

A. Jassnizki: «Eine Modifikation des Erenburg'schen Desinfektionsapparates». (Nr. 1).

K. Sawoiski: «Die Winterkleidung der Gesunden und Kranken». (Nr. 1).

A. Sonnenblick und S. Logaschkin: «Die Rolle und Bedeutung des fliegenden Feldhospitals beim Rückzuge unserer Mandshurischen Armee». (Nr. 1). (Schluss).

A. Iljin: «Ueber die Rolle und Bedeutung einiger Etapenpunkte in der Mandshurischen Armee». (Nr. 1). (Schluss).

W. Rasdolski: «Ueber Farbenblindheit und Eisenbahnsignalisation». (Nr. 1).

P. Astwazaturow: «Ueber die Bedeutung der Augensanitätsstationen bei Behandlung des Trachoms». (Nr. 1).

P. Borowski: «Bericht über die Abkommandierung ins Ausland für das erste halbe Jahr». (NNr. 1, 2 u. 3).

D. Ermolinski: «Zur Frage über die Leberabszesse». (NNr. 1, 2 u. 3).

Ausführliche Beschreibung der Aetiologie. des Krankheitsbildes und der Therapie der Leberabszesse und drei eigener Fälle.

Borchard: «Erkrankungen der Knochen und Gelenke bei Syringomyelie». (Uebersetzt aus dem Deutschen). (NNr. 1, 2, 3 und 4).

Digitized by Google

W. Glintschikow: «Ueber den Einfluss der Bergstation Abass-Tuman auf die Zahl der roten Blutkörperchen und des Haemoglobins des Menschenblutes». (NNr. 1, 2, u. 3). Schlussfolgerungen:

1) Im Blute der Patienten in Abass-Tuman werden grosse Veränderungen beobachtet in Form einer Zunahme der Zahl der roten Blutkörperchen und des Prozentgehaltes an Haemoglobin; 2) Diese mehr oder weniger ausgesprochene Veränderungen lassen sich im Laufe des ganzen Aufenthaltes der Untersuchten in Abass-Tuman beobachten; 3) diese Veränderungen haben einen bestimmten Typus ihres Verlaufs und ihre Grösse schwanke zwischen bestimmten Zahlengrenzen. (NNr. 1, 2 und 3).

A. Strelkow: «Eine Vorrichtung zur genauen Aufsaugung in den Mischapparat von Thoma-Zeiss». (Nr. 2).

W. Wojatschek: «Gehörfunktion bei einseitiger Labyrintnekrose». (Nr. 2).

D. Amenitzki: «Drei Fälle von Ataxie». (Nr. 2).

M. Mursin: «Zur Epidemiologie des Unterleibstyphus in den Lagern». (Nr. 2.)

Beschreibung der Typhusepidemie im Lager des 135. Kertsch-Enikalschen Infanterieregiments in Pawlograd (Gouv. Ekaterinoslaw) im August 1904.

K. Sawoiski: «Die Cholera in Girin». (Nr. 2).

R. Wreden: «Briefe des Hauptchirurgen der Mandshurischen Armee». (Nr. 2).

W. Bart und A. Tauber: «Zur Frage des Gebrauchs der Sprengkugeln seitens der Japaner». (Nr. 2).

A. Kosmin: «Ein Fall artifizieller Nephritis». (Nr. 2).

Die Nephritis mit uraemischen Erscheinungen wurde vom Soldaten künstlich hervorgerufen durch den Gebrauch von Daphne mezereum.

W. Didrichson: «Ueber die parasyphilitische Epilepsie». (Nr. (2).

S. Schidlowski: «Zur Frage der Beheizung der temporären Hospitale und Lazarette mit Spiritusöfen». (Nr. 3).

J. Zimmermann: «Ueber Diathesis purulenta». (NNr. 3 u. 4).

Ausführliche Krankengeschichte eines sehr seltenen Falles und einiger anderer, weniger charakteristischer Fälle.

R. Wreden: «Ueber penetrirende Bauchwunden und ihre Behandlung im Kriege». (Nr. 3 und 4).

Schlussfolgerungen: 1) Das aktive chirurgische Eingreifen ist dort, wo es der Allgemeinzustand des Verwundeten und die äusseren Verhältnisse erlauben, in allen Fällen penetrirender Bauchwunden indiziert, mit Ausnahme derjenigen, die durch kleinkalibrige, nicht deformierte Flintenkugeln hervorgerufen worden sind. 2) Bei den gegenwärtigen Flintenwunden der Bauchhöhle giebt die besten Resultate die expektative Behandlungsmethode. 3) Allen in die Bauchhöhle Verwundeten muss wenigstens für die erste Woche nach der Verwundung vollkommene Ruhe gewährt werden. 4) Morphium ist ein kolossales und wissenschaftlich begründetes Hilfsmittel bei der Behandlung penetrirender Bauchwunden.

A. Maloutis: «Zwei Fälle artifiziellen Ikterus». (Nr. 3).

In beiden Fällen wurde der Ikterus künstlich hervorgerufen, wahrscheinlich durch den Gebrauch von Pikrinsäure.

W. Ganshinski: «Zwei Fälle von Polyurie». (Nr. 3).

Der eine Patient schied täglich 32, der zweite bis 16 Liter Urin aus, von niedrigem spezifischen Gewicht, sonst aber vollkommen normalen. So grosse Urinmengen wurden künstlich hervorgerufen durch sehr starkes Trinken. Eine Verdünnung des Urins mit Wasser konnte ausgeschlossen werden.

S. Pachomow: «Ein Fall Werlhof'scher Krankheit». (Nr. 3).

A. Strelkow: «Die Wasserversorgung der Stadt Sedlez und ihrer Garnison». (Nr. 3).

A. Strelkow: «Zur Charakteristik der Schusswunden mit den japanischen Kugeln». (Nr. 3 u. 4).

Der allgemeine Eindruck, den Verf. im russisch-japanischen Kriege bekommen hat, ist, dass die zerstörende Kraft der gegenwärtigen Kugeln bedeutend geringer ist, als es früher beobachtet wurde und dass die gegenwärtige Flinte im allgemeinen humane Verwindungen erzeugt.

L. Charitonow: «Die Eröffnung der Charbinschen militär-sanitären Gesellschaft». (Nr. 3).

W. Greiz: «Ein Versuch der ambulatorischen mechanischen Behandlung des Trachoms». (Nr. 3).

Von den 281 an Trachom leidenden Patienten, die durch Ausdrücken der Körner mit der Belljarminow'schen Pinzette behandelt wurden, sind bei 228 alle Trachomerscheinungen verschwunden; es trat also in 81,14 pCt. Heilung ein.

N. Filontschikow: «Die Behandlung der Psoriasis mit heisser Luft». (Nr. 3).

Die Heissluftbehandlung gab vorzügliche Resultate: die Krankheit verging rasch und spurlos.

N. Kalinowski: «Zur Frage der Behandlung des Delirium tremens mit Atropin». (Nr. 3). (In Veranlassung des Artikels von Dr. R. Tuwim jun.).

Auf Grund eines einzigen Falles spricht sich Verf. entschieden gegen die Anwendung des Atropins bei Delirium tremens aus. Chloralhydrat und Trional gaben stets gute Resultate.

N. Dawydow: «In Veranlassung des Artikels: «Ueber den Einfluss des Natron salicylicum auf den Verlauf der Angina». (Nr. 3).

Nach den Beobachtungen des Verfassers hat das Natr. salicylicum keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf.

J. K.: «In Veranlassung des Artikels von P. Astwazaturow: «Ueber die Bedeutung der Augensanitätsstationen bei der Behandlung des Trachoms». (Nr. 3).

J. Raptschewski: «Bericht über die Abkommandierung in das Transkaspigebiet und die Gebiete von Turkestan zur Organisation von Massregeln gegen die Choleraepidemie des Jahres 1904». (Nr. 3).

W. Wojatschek: «Die Aufgaben der gegenwärtigen Akumetrie». (Nr. 4).

J. Kritzki: «Die Resultate der traumatischen Verletzung der Brust mit Zerreissung der Organe der Bauchhöhle». (Nr. 4).

L. Tschaussow: «Zur Frage über die Widal'sche Reaktion». (Nr. 4).

L. Charitonow: «Die Desinfektionsmittel im Feldzuge». (Nr. 4).

W. Garmaschew: «Zur Frage der Verwundung mit den japanischen Kugeln». (Nr. 4).

M. Mursin: «Zur Charakteristik der Bewegung des Unterleibstyphus im Militär vom 1887. bis zum 1902. Jahre». (Nr. 4).

Schlussfolgerungen: 1) Die Morbidität und Mortalität an Unterleibstyphus nimmt in der Armee mit jedem Jahre merklich ab, die Schwere der Erkrankungen dagegen scheint unverändert zu bleiben. 2) Die Erkrankungen an Typhus abdominalis treten in der Armee vorzugsweise auf in der zweiten Hälfte des Sommers (Juli und August) und in der ersten Hälfte des Herbstes (September und Oktober). 3) Im Kasernenleben des Militärs scheint der Unterleibstyphus überhaupt keine günstigen Bedingungen zu seiner Entwickelung zu finden. 4) Die Entwickelung der Typhusepidemien während der Lagerzeit mit nachfolgender, kurzdauernder Existenz derselben auch nach dem Verlassen des Lagers muss, wenigstens für einen gewissen Teil der Fälle, durch die antihygienischen Verhältnisse erklärt werden. Für jeden Fall dokumentiert die merkliche Abnahme der Erkrankungen an Unterleibstyphus in der Armee den Erfolg der Bekämpfung desselben hauptsächlich durch eine rationelle Prophylaxis.

J. Kijanizyn: «Bericht über die Tätigkeit der militärsanitären Hospitäler der Mandshurischen Armee». (Nr. 4).

S. Kartsch-Kartschewski: «Ueber die Transportmittel vom Schlachtfelde auf die Verbandplätze im gegenwärtigen Kriege». (Nr. 4).

K. Okmjanski: «Die zahnärztliche Tätigkeit in unserer Armee». (Nr. 4.)

Digitized by Google

E. Kistjakowski: «Pityriasis rosea Gibert». (Nr. 4).

Ausführliche Beschreibung der Krankheit und ihrer Behandlung.

J. Borowikow: «Ein Fall von Gleichgewichtsstörung bei Erkrankung der halbzirkelförmigen Kanäle». (Nr. 5).

In dem vom Verf. beobachteten Falle bestanden die Krankheitserscheinungen hauptsächlich aus drei Symptomen: Taubheit, Abnahme der Sehschärfe und Gleichgewichtsstörung. Als charakteristische Symptome einer Erkrankung der halbzirkelförmigen Kanäle müssen angesehen werden: Abnahme des Gehörs, die parallel mit der Gleichgewichtsstörung geht, Depression (und in schweren Fällen sogar völliges Schwinden der Empfindung des Schwindels und des Gegendrehens) Fehlen von Nystagmus bei aktiver und passiver Drehung und teilweise auch Abschwächung der Empfindung der Drehrichtung. Diese letzten Symptome lassen sich am besten beim Drehen des Pat. an der Zentrifuge bestimmen, welche deshalb als ein sehr wertvolles Hilfsmittel bei der Diagnose von Nervenkrankheiten angesehen werden muss.

W. Schulz: «Chemische Untersuchung des im Handel stehenden Formalins». (Nr. 5).

J. Turtschaninow: «Aus der Gehirnchirurgie». (Nr. 5)

Ein Fall akuten traumatischen Abszesses.

W. Frolow: «Zur Kasuistik der Nahtanlegung auf Leberwunden». (Nr. 5).

N. Prochorow: «Zur Aetiologie der inguinalen Adenophlegmonen». (Nr. 5).

Verf. beobachtete einige Fälle von Adeno-phlegmonen, in den die Entzündungserreger von aussen durch die Lymphwege der unteren Extremität, der Geschlechtsorgane und durch das Rektum eingedrungen sind.

L. Tschaussow: «Zur Frage der Rezidive des Unterleibstyphus in der aktiven Mandshurischen Armee im Jahre 1904». (Nr. 5).

Zu der Eigentümlichkeit des Unterleibstyphus in der aktiven Mandshurischen Armee im Jahre 1904 gehörten recht häufige Rezidive.

S. Unterberger: «In welcher Weise können die Militärärzte die Tuberkulose in der Armee mit Erfolg bekämpfen». (Nr. 5 u. 6).

P. Golubinzew: «Der Regiments-Okolotok». (Nr. 5).

Auf Grund verschiedener Erwägungen plädiert Verf. für die Abschaffung des Okolotoks, als einer überflüssigen und schädliche Einrichtung.

A. Stravinski: «Ueber die wünschenswerten Abänderungen in der Einrichtung der Truppenteile zur Kriegszeit». (Nr. 5).

Verf. weist auf eine ganze Reihe Defizite in der sanitären Einrichtung hin, die sofort abgeschafft werden müssen.

K. Sawoiski: «Der Weg über den Amur». (Nr. 5).

P. Pospelow: «Ueber den Einfluss des Eisenbahntransports und der ersten Zeit des Aufenthaltes in der Mandshurei auf das Körpergewicht und Muskelkraft der Soldaten». (Nr. 5).

L'homme quilit: «Eine Epidemie von Cerebrospinalmeningitis». (Nr. 5)

N. Woizechowski: «Die venerischen Krankheiten in Truppenteilen des Turkestanschen Militärbezirks». (Nr. 5).

P. Broschniowski: «Bericht über die Abkommandierung ins Ausland (vom 1. Februar 1903 bis zum 1. Februar 1904)». (Nr. 5).

J. Medwedew: «Ueber die gelb-orangen und gelb-grünen Fiesal'schen Brillen». (Nr. 5).

Diese Brillen erwiesen sich als sehr nützlich zum Schutze der Augen vor den blendenden Sonnenstrahlen und dem Lichte der Projektoren. Die Gegenstände erscheinen durch diese Brillen deutlicher, ihre Kontouren schärfer. Sie verbessern die Sehschärfe und können mit Erfolg angewandt werden beim Schiessen aus Kanonen und Flinten, bei Beobachtung der Richtung des Minenlaufes und bei der Signalisation auf dem Meere und der Trockenerde.

L. Astwazaturow: «Korrespondenz von der Insel Krit». (Nr. 5 u. 6).

M. Mursin: «Zur Frage über die Rolle des Erdgrabens in der Epidemiologie des Unterleibstyphus». (Nr. 6).

W. Frolow: «Ein Fall von Schussverletzung der Brust- und Bauchhöhle mit glücklichem Ausgange». (Nr. 6).

K. Samurawkin: «Ein Fall von Aktinomykose». (Nr. 6).

A. Tarasssow: «Zur Frage über die Behandlung der Zähne in unserer Armee». (Nr. 6).

A. Strelkow: «Eine Methode zur Ausführung der quantitativen Widalschen Reaction». (Nr. 6).

J. Lebedew: «Tetanie als Syndrom der Hysterie». (Nr. 6).

Verf. beobachtete ein Fall von Tetanie auf hysterischer Basis. Die vollständige Tetanie entwickelte sich beim Pat. plötzlich; darauf traten leichte hysterische Anfälle auf, die, sich allmählich steigerud, von Hallutinationen und Delirium begleitet waren. Nach 10 Monaten trat Heilung ein, aber mit hysterischem Mutatismus.

L. Gelinka: «Zur Frage über die Transportmittel für Kranke und Verwundete». (Nr. 6).

A. Schestakow: «Ueber die Schwachen im Militär». (Nr. 6).

G. Schumkow: «Die Evakuation der Geisteskranken vom Fernen Osten». (Nr. 6 u. 7).

G. Lewin: «Bericht über die Tätigkeit des militär-sanitären Zuges Nr. 1 der Ussurischen Eisenbahn von der Formierung desselben bis zum 1. Jan. 1905». (Nr. 7 u. 8).

W. Wojatschek: «Die Salpingoskopie». (Nr. 6).

A. Pol: «Zur Frage der Bekämpfung des Trachoms im Militär durch spezielle Augenkommando». (Nr. 6).

Zur Bekämpfung des Trachoms im Militär sind hauptsächlich notwendig eine genaue und sorgfältige Registration der Kranken, Isolierung und richtige Behandlung derselben.

N. Pawlow: «Ueber die Bedeutung und Tätigkeit der Pomechowschen Augenstation». (Nr. 6).

Das Ziel dieser Station ist Befreiung der Armee des Warschauer Militärbezirkes von Trachomatösen. Durch zielbewusste und energische Anwendung aller von der gegenwärtigen Wissenschaft empfohlenen Behandlungsmethoden gelingt es der Station die zahlreichen Kranken zu heilen, die Untauglichen dienstfähig zu machen und das Vaterland von Inwaliden zu befreien.

A. Sacher.

Wratschebnaja Gaseta. (Aerzte-Zeitung). 1904. Nr. 27—52.

N. Michailow: «Ueber die Behandlung ausgedehnter Unterschenkelgeschwüre». (Nr. 27).

L. Karwatzki: «Kreosalbin und Kreosot bei Erkrankungen der Respirationswege». (Nr. 27).

S. Dibailow: «Beobachtungen über Salophen». (Nr. 27).

P. Shatilow: «Ueber die Entstehung der continuierlichen Geräusche». (Nr. 28 u. 29).

W. Aristow: «Vergleichende Untersuchungen über den Wert der verschiedenen Methoden zum Nachweis des Gallenfarbstoffes im Harn». (Nr. 28, 29, 30).

J. Sserkowski: «Ueber den Einfluss der Streptokokken auf Karzinome». (Nr. 29).

D. Nikolski: «Die sanitären Verhältnisse der Gewerbeanstalten in Jelisawetgrad». (Nr. 29).

A. Riwkin: «Ruptura vaginae sub coitu». (Nr. 30).

A. Braunstein: «Ein Beitrag zur Frage über den Stoffwechsel bei Krebskranken». (Nr. 31).

Digitized by Google

N. Runow: «Ein Fall von Lungenmilzbrand». (Nr. 31).

A. Werekundow: «Ein Fall von Allgemeininfektion durch den Fränkel'schen Diplokokkus pneumoniae». (Nr. 32).

J. Burak: «Zur Kasuistik der operativen Behandlung der Kehlkopftuberkulose». (Nr. 32).

G. Selenski: «Ueber die erfolgreiche Anwendung von Essig in einem Falle von Karbolsäurevergiftung». (Nr. 32).

M. Nasarow: «Zur Behandlung des Scharlachs mit Ichthyol und Terpentinöl». (Nr. 32).

W. Danilewski: «Versuche über die elektrische Pseudoreizbarkeit toter Substanzen». (Nr. 33 u. 34).

A. Paperna: «Ein Fall von spontaner Uterusruptur während der Geburt». (Nr. 33 u. 34).

M. Cheifetz: «Ein Fall von eitriger Peritonitis mit günstigem Ausgange ohne Operation». (Nr. 33).

N. Weljaminow: «Ueber die Erfolge der Behandlung in dem ersten russischen Seehospize in Windau». (Nr. 34).

N. Kallistratow: «Muss bei Fraktur des Schlüsselbeins ein fester Verband angelegt werden?». (Nr. 34).

P. Schatilow: «Zur Frage über die Reinigung des Trinkwassers mittels Scheidewasser». (Nr. 34).

O. Krenitzki: «Zur Frage über die Ausnutzung des Stickstoffs und der Fette bei Achylia gastrica». (Nr. 35 u. 36).

A. Naumann: «Ueber das Vibrationsgefühl der Haut». (Nr. 35 u. 37).

J. Edelmann: «Teratom im vorderen Mediastinum, bösartige Entartung desselben». (Nr. 35 u. 37).

A. Gubarew: «Ueber die Behandlung der Entzündungen der Uterusadnexe». (Eine klinische Studie). (Nr. 36).

G. Brühl: «Die Heilbarkeit der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung». (Nr. 36).

S. Roschtschewski: «Atropinvergiftung bei Augenkrankheiten». (Nr. 37).

D. Sarzyn: «Zur Frage über die nervösen und psychischen Erkrankungen bei Krankheiten der Nase und des Rachens». (Nr. 38 u. 39).

J. Schostak: «Demoidzyste im vorderen Mediastinum». (Nr. 38).

P. Smolenski: «Ueber den Nachweis von Arsen nach dem biologischen Verfahren von Gosio». (Nr. 38).

K. Woskressenski: «Ueber die Jodreaktion der Leukozyten bei Lungenentzündung». (Nr. 39 u. 40).

F. Grusinow: «Komplikation mit Gelenkrheumatismus in zwei Fällen von Dysenterie». (Nr. 39).

P. Emmet: «Ueber die Bechterew'sche Form der Steifheit der Wirbelsäule mit deren Verkrümmung». (Nr. 40 u. 41).

J. Scmidthof: «Apparat für örtliche Behandlung gynaekologischer Erkrankungen mit elektrischem Lichte». (Nr. 40).

J. Twerdowski: «Operative Behandlung bei Leberverletzungen». (Nr. 40).

N. Portnjagin: «Amputation des Unterschenkels unter Kokain nach der Methode von Bier». (Nr. 40).

P. Barchasch: «Ein Fall von chronischer Tuberkulose der Nieren und des Urogenitalapparates». (Nr. 41).

P. Strajcher: «Ein Fall von Torsion einer Ovarialzyste». (Nr. 41).

A. Smorodinzew: «Ein Fall von Verletzung des Abdomens mit Vorfall des Dickdarmes». (Nr. 41).

J. Gurjew: «Ueber den Einfluss der Schilddrüsenexstirpation bei schwangeren Tieren». (Nr. 42).

W. Jurewitsch und B. Wiljamowski. «Ein Fall von Malaria mit Idiosynkrasie gegenüber Chinin». (Nr. 42 u. 43).

J. Neustab: «Beitrag zur Frage von den chronisch-entzündlichen Erkrankungen des Magendarmkanals». (Nr. 42).

M. Gutmann: «Ein Fall von Varizellen bei einem 17-jährigen Jünglinge». (Nr. 42).

A. Peredelski: «Gesundheitspflege und ärztliche Hilfe unter der Landbevölkerung in Dagestan». (Nr. 42).

S. Ssuchanow: «Zur Kasuistik der Fälle von Korsakow'scher Psychose mit protrahierem Verlaufe». (Nr. 43).

G. Schor: «Beiträge zur Frage über die Tuberkulose im Kindesalter». (Nr. 43, 44, 45, 46).

F. Dörbek: «Ein Fall von Paratyphus». (Nr. 43).

W. Gabuni: «Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Fleisch bei Hysterie». (Nr. 43).

W. Gorochow: «Ueber Osteomyelitis». (Nr. 44 u. 46).

W. Sserbinowski: «Einige Beobachtungen über Epilepsieverdächtige im Kiew'schen Militärhospital». (Nr. 44, 46—47).

M. Kreps: «Aus der cystoskopischen Praxis». (Nr. 44 u. 45).

A. Muratow: «Ueber Drainage bei Laparotomien». (Nr. 45).

P. Mikusson: «Ein Fall geheilter Addison'scher Krankheit». (Nr. 45).

L. Casper (Berlin): «Zur Diagnostik und Therapie der Nierentuberkulose». (Nr. 46, 47, 48).

J. Dotschewski: «Zur Frage der Uebertragung der Malaria». (Nr. 47, 48, 49).

E. Hartje: «Zur Kasuistik der spastischen spinalen Kinderlähmung». (Nr. 47, 48, 49).

J. Koslowski: «Ueber die Wirksamkeit der Desinfektionskammer des St. Petersburger Marienkrankenhauses für Arme 1902». (Nr. 47).

P. Smolenski: «Kryoskopie der Milch". (Nr. 49, 50, 51).

N. Faworski: «Einige Beobachtungen über die Anwendung des Nebennierenextraktes bei Erkrankungen der Nase und des Rachens». (Nr. 49).

N. Runow: «Beitrag zur Atropinbehandlung des Darmverschlusses». (Nr. 49).

D. Gorochow: «Ueber Klumpfuss». (Nr. 50, 51).

N. Wigdortschik: «Giebt es ein nervöses Fieber?». (Nr. 50, 51).

N. Kulbin: «Ein neues selbsttätiges Messer zur Gewinnung eines Bluttropfens und für Blutentziehungen (automatischer Skarifiaktor)». (Nr. 51).

W. Dedow: «Ueber die Verbreitung des Kropfes in Kokant». (Nr. 51).

N. Gundobin: «Die gegenwärtige Stellung des Studiums der Kinderkrankheiten». (Nr. 52).

L.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Digitized by Google

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 10. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1905.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Russ. Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Medizinskoje obosrenie (Medizinische Rundschau). Nr. 13—16. 1905.

W. Bogoljubow: «Mehrkammerige branchiogene Zysten des Halses». (Nr. 13).

Bogoljubow teilt einen Fall von mehrkammeriger branchiogener Zyste des Halses aus der Klinik des Prof. Rasumowsky mit. An der Krankengeschichte dieses Falles und an 8 Krankengeschichten aus der Literatur erörtert Verf. eingehend die Entstehungsweise der Zysten aus den Kiemenspalten. Der Autor will statt der, für alle diese Zysten gebräuchlichen, Bezeichnung «mehrkammerige», 3 Gruppen unterscheiden. 1) multilocularis, 2) multiplex, 3) eine Kombination beider.

A. Taljanzew: «Zur Frage der venösen Stauungen bei gestörter Kompensation der Herztätigkeit». (Nr. 13).

Auf Grund seiner Experimente an Tieren, welche nur die Frage betreffen, in wie weit die venöse Stauung als ursächliches Moment anzusehen ist beim Zustandekommen von Oedemen bei Kompensationsstörungen, gelangt Taljanzew zu folgenden Schlüssen:

1) Die Steigerung des venösen Druckes bei Kompensationsstörungen ist unbedeutend im Vergleich zur Verminderung des arteriellen Druckes.

2) Es ist nicht anzunehmen dass die Steigerung des venösen Druckes während der ganzen Dauer der gestörten Kompensation nicht Schwankungen unterliegen sollte.

3) Die Welle des verminderten arteriellen Druckes pflanzt sich durch die Kapillaren in die Venen der Organe fort, schwächt die Steigerung des venösen Druckes ab und ist selbst in der Vena femoralis fühlbar.

4) Nur hochgradige und ausgedehnte Schwankungen des Lumen der peripheren Arterien können bei Kompensationsstörungen den venösen Druck beeinflussen: die Erweiterung der Arterien — den Druck herabsetzend, Spasmus der Arterien steigert anfangs den venösen Druck, vermindert ihn aber später.

5) Da, die Leber ausgenommen, die Grösse aller Organe abnimmt, der Blutzufluss geringer wird, der venöse Druck jedoch nur unbedeutend zunimmt und zwar um so weniger, je näher es zu den Kapillaren geht, muss eine Anämie der Organe eintreten und bietet die Störung der Blutzirkulation in den Geweben das Bild einer Anämie, nicht aber das einer venösen Hyperämie.

6) Aus diesem Grunde kann der Zustand des Organismus bei gestörter Kompensation als eine allgemeine Anämie bezeichnet werden (mit Ausnahme der Leber), entstanden durch Translokation eines Teiles des Blutes aus dem arteriellen in das venöse System.

7) Die Steigerung des Blutdruckes in den Kapillaren der Organe, welche die Oedeme verursachen soll, erfolgt nicht (ausgenommen ist die Leber). Die Oedeme stehen in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem venösen Druck, sind also nicht mechanischer Provenienz.

A. Gubarew: «Akute infizierte Herde im Bereich des Beckens und ihre Therapie». (Nr. 14).

Der Aufsatz ist zum Referat nicht geeignet.

N. Prosorowsky: «Zur Kasuistik des Kaiserschnittes bei relativer Indikation». (Nr. 14).

Die Indikation zum Kaiserschnitt ist ja noch nicht praezisiert, allein selbst bei vorhandener Indikation wird die Operation nicht als Postulat aufgestellt, sondern die Entscheidung über Leben oder Tod des Foetus wird den Eltern überlassen, bei welchen die Furcht vor den Schrecken der Operation meist den Ausschlag giebt. Bei dem jetzigen Stande der Asepsis ist jedoch die Perforation für die Mutter zum Mindesten ebenso gefährlich, wie die Sectio caesarea. Auf Grund obiger Ausführungen plaidiert Prosorowski für die Abschaffung derjenigen Eingriffe, durch welche die Tötung der lebenden Frucht erfolgt, bei mittlerer Enge des Beckens. Zur Erreichung dieses Zieles müssten alle Fragen, welche die Indikation zur Sectio caesarea betreffen gehörig geklärt werden. Da auch einzelne Krankengeschichten zur Klärung der Frage beitragen können, teilt Verf. zwei Fälle von Sectio caesarea mit.

A. Pospelow: «Perlèche s. Angulus infectiosus». (Nr. 15).

Der Autor giebt eine genaue Beschreibung des Angulus infectiosus. Zur Veranschaulichung dieser Erkrankung der Mundwinkel und der Lippen, dienen drei dem Text beigefügte Abbildungen. Charakteristisch ist im Anfangsstadium die Bildung von Perlmutter ähnlichen Fältchen oder Plättchen an den Mundwinkeln, welche in ihrer Anordnung an die Blätter eines aufgeschlagenen Buches erinnern. In der Folge wird das Lippenrot in Mitleidenschaft gezogen; es gesellt sich ein pustulöses Eczem hinzu und die Lippen erscheinen von schwärzlichen Krusten bedeckt. Als ätiologisches Moment wird angenommen, dass verschiedene Kokken Perlèche hervorrufen können, wenn durch Verdauungsstörungen die Praedisposition geschaffen ist; meist bei saurer Reaktion des Speichels. Ein spezifisches Agens ist nicht nachgewiesen, doch berechtigt das epidemische Auftreten der Erkrankung zur Annahme der Kontagiösität.

Digitized by Google

M. Nikiforow: «Ueber die Veränderungen in der Leber bei perniziöser Anaemie». (Nr. 15).

Verf. hat durch mikroskopische Untersuchungen der Leber an pern. Anaemie Verstorbener nachzuweisen gestrebt, wo der Grund und die Lokalisation der Haemorrhagieen in der Leber zu suchen seien. An 7 Krankengeschichten werden die klinischen und anatomischen Befunde einander gegenübergestellt und darauf das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung eingehend besprochen. Nicht Thrombose verursacht, nach Nikiforow, die Nekrose und die hämorrhagische Infiltration der Trabekel der Leberazini, sondern eine vermehrte Durchlässigkeit der Kapillaren.

A. Abrikosow: «Obliterierende Endophlebitis der Lebervenen, als selbstständige Erkrankung». (Nr. 15).

Verfasser fügt zu 3, von Chiari publizierten Fällen von Phlebitis obliterans der Hauptstämme der Venae hepaticae, einen von ihm sezierten und untersuchten Fall hinzu.

W. Rosanow: «Die operative Behandlung einiger Formen von Colitis chronica». (Nr. 16).

An seinem Ileus-Material hat Rosanow die Tatsache bestätigt gefunden, dass Volvulus am Dünndarm seltner beobachtet wird als am Dickdarm, am häufigsten jedoch an der Flexura sigmoidea. Gewöhnlich fand sich bei Volvulus flex. sigmoideae eine abnorm grosse Flexur mit sehr langem Mesenterium; klinisch wurde regelmässig in der Anamnese Störung der regelmässigen Darmentleerung angegeben.

Verf. vergleicht die Anlage zu Volvulus mit der Hernie, welche stets mit Inkarzeration droht und meint, dass auch bei Anlage zu Volvulus ein operativer Eingriff indiziert sei, um die Gefahr des Volvulus zu beseitigen. Als rationelles Verfahren schlägt Verf. die sigmoideo-sigmoideo-anostomosis vor, und teilt uns 4 Fälle mit, in denen es sich um «megalocolon congenitum» handelt und welche teils von ihm, teils von Pomeranzow erfolgreich operiert wurden. Als gutes diagnostisches Hilfsmittel soll sich das Aufblasen des Darmes bewährt haben.

A. Kablukow: «Echinokokkuserkrankungen in der Krim. Zur Kasuistik der Echinokokken verschiedener Organe und Gewebe des menschlichen Körpers». (Nr. 16).

Kablukow hat bereits 1904 in dieser Zeitschrift mehrere Echinokokkusfälle gruppenweise veröffentlicht. Jetzt publiziert Verf. noch 10 Fälle welche ihrer verschiedenartigen Lokalisation sich in keine der Gruppen einreihen liessen. 1. Echin. der linken Pleura, welcher durch Usur der Toraxwand, sich einen Weg in die Mamma gebahnt hatte. 2. Peritonitis traumatica; Echin. lobi dex. et sin hepatis. 3. Echin. retroperitonealis sin. 4., 5., Echin. ovarii dex. 6. Echin. des vesicorectalen Zellgewebes. 7. Echin. glandulae submaxilaris dex. 8., 9., 10. Echin. dorsi.

N. Anosow: «Ein Fall von Sarkom des Halses bei einem Knaben».

Eignet sich nicht zum Referat.

E. Mickwitz.

Russki Shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei. (Journal russe des maladies cutan. et vénér.) V Jahrg. Nr. I—VI.

J. Selenew: «Exsudation und Keratosen».

S. betont, dass sowohl zwischen exsudativen Prozessen zu Keratosen, als auch in umgekehrter Reihenfolge Uebergänge vorkommen. An zwei Fällen von Ichthyosis hystrix, von denen der eine mit Blasenbildung einherging, demonstriert Verf. die Richtigkeit seiner Anschauung. Ein Fall von Pemphigus vegetans, einer von Dermatitis exfoliativa Wilson und mehrere von Psoriasis madidans werden mitgeteilt. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die exsudativen Keratosen (symmetrische und allgemeine) weisen deutlich hin auf die Beteiligung des Nerven- und Gefässsystems bei der Aetiologie der Keratosen selbst; das Auftreten von freiem Exsudat auf der Hautoberfläche ist oft durch histologische Gewebsveränderung bedingt. (Hyperämie, Hydrops der Haut, des Malpighischen Netzes, vakuoläre Degeneration des rete, Nähe der Papillargefässe zu der oberen Hautfläche.

2) Die Bildung von Blasen (erythematoider, pemphigoider) bei Ichthyosis und Pemphigus (foliac. und vegetans) geht gleichmässig in verschiedenen Schichten der Epidermis und sogar auf der Grenze zwischen Malpighischer Schicht und Derma vor sich.

3) Die Abhebung der Epidermis in grösserer Ausdehnung bei Pemphigus foliac. ist dadurch bedingt, dass verschiedene Epidermisschichten in verschiedener Höhe vom Exsudat unterminiert sind, und durchaus nicht allein das Stratum lucidum. Eine solche Abhebung kann bei allen ausgedehnten Exsudationen (Ichthyosis hystrix bullosa, Erythema, Pemphigus) vor sich gehen.

4) Exsudative Keratosen (Pemphigus foliaceus) können in trockene übergehen und ichthyosisähnliche Hornansammlungen auf der Haut hervorrufen.

5) Die Bedeutung des exsudativen Prozesses wird noch verallgemeinert durch die Möglichkeit von Bildung von Bläschen und Blasen in der Malpighischen Schicht bei Ichthyosis und Pemphigus.

6) Sowohl bei Pemphigus foliac. als auch veget. beobachtet man eine Hypertrophie der Papillarschicht, bei letzterem allerdings mit warzenartigen Verzweigungen und histologisch auch dort nachweisbar, wo klinisch keine Verwachsungen wahrnehmbar sind.

7) Eosinophilie ist nicht regelmässig bei Pemph. fol. vorhanden.

8) Die Stickstoffausnutzung bei Pat., die an Pemphigus fol. leiden, unterscheidet sich nicht von der gesunder Leute.

9) Bei Dermatitis exfoliativa treten die Erscheinungen der Parakeratose, Atrophie der Papillarkörper und Malpighischen Schicht und schwaches Oedem der Haut und Epidermis, scharf in den Vordergrund.

10) Auch bei Psoriasis kann dieselbe Exsudation beobachtet werden (Ps. madidans), Bildung von Krusten (Ps. crustosa, ekthymatosa, favoides), auch Verwachsung der Papillarkörper (Ps. vegetans), hornartige Bildungen (Ps. cornea).

11) Exsudatives Erythem kann in Ichthyosisformen übergehen, auch mit Atrophie der Haut (Atroph. idiopathica cutis).

J. Schor: «Zwei Fälle von sog. Lymphangioma cutis circumscriptum».

In einem Fall auf der Brust, im zweiten am Gesäss und der Vulva. Beide Fälle mikroskopisch untersucht.

S. Jebzina: «Ein Fall von Dystrophieen bei hereditärer Syphilis».

Sehr schöner Fall von «front en carène», sonst nichts Bemerkenswertes ausser einer Hufeisenniere. Abbildung vorhanden.

E. Rotmann: «Ein Fall von Gonokokkenurethritis bei einem 3-jährigen Knaben».

Nur bakterioskopischer Nachweis. Aetiologie unbekannt.

A. Poltawzew: «Zur Kasuistik der Pellagra pigmentosa».

51-jähriger Pat. aus Bessarabien, führt seine seit 1 Jahr bestehende Krankheit auf den einmaligen Genuss von verdorbener Maisgrütze zurück. Zunächst traten rein gastrische Störungen mit Schwäche ein, dann Durchfälle und Flecken am Körper, die später anfingen zu jucken. Aus dem Status bei der Aufnahme möge die Uebersetzung der auf die Hautbezügliche Stellen Platz finden: «Die Haut an der Stirn, Schläfen, Ohren und Hals bedeckt mit verschieden grossen und verschieden gestalteten, bräunlich-schwarzen Flecken, die sich über die normale Haut nicht erheben. (Die behaarte Kopfhaut war normal). Die Haut des Rumpfes und der Extremitäten ist zu $^{9}/_{10}$ ihrer Ausdehnung mit eben solchen Flecken bedeckt; Grad und Charakter der einzelnen Flecken ist sehr verschieden — die Farbe schwankt zwischen gelb, gelbbraun und dunkelbraun, welche die Mehrzahl hat — doch finden sich auch dunkelblaue. Die Flecken konfluieren unter einander und nur hin und wieder sieht man ein Stückchen normal gefärbter Haut, wie eine Insel. Ausser diesen, sich über die

Digitized by Google

normale Haut nicht erhebenden Pigmentflecken, finden sich an verschiedenen Stellen der Haut verschieden grosse flache und halbovale Infiltrate. Am Rumpfe sind dieselben hirsekorngross, an den unteren Extremitäten erbsengross. Einige von ihnen sind in Geschwüre umgewandelt und sondern eine eiterartige Flüssigkeit ab. Die Haut der unteren Extremitäten ist stellenweise vollkommen infiltriert, verdickt und dunkelblau gefärbt. Auf den Knieen und Ellbogen ist die Haut verdickt und stösst sich in Schuppen ab. Handteller und Fusssohlen bieten ebenfalls kleinförmige Abschieferung dar».

P. Frolow: «Gonitis syphilitica».

1 Fall von mehrfachen Rezidiven.

F. Jewdokimow: «Zur Kasuistik des Tripper-Rheumatismus und des Muskel-Abszesses».

Im Blute gelang es Gonokokken nachzuweisen.

J. Dedjurin. «Zur Kasuistik der Raynaud'schen Krankheit».

36-jähriger neurotischer Patient, früher sehr getrunken. Das Leiden datiert seit 10 Jahren. Bläuliche Verfärbung der peripheren Körperteile, symmetrische Verschwärungen an Händen und Füssen, exquisit torpides Aussehen der Geschwüre und lange Dauer des ganzen Prozesses. Pat. negierte Lues; auf Grund von einigen Narben glaubte Verf. dennoch eine luetische Infektion annehmen zu müssen — doch beeinflusste eine spezifische Behandlung den Prozess in keiner Weise.

K. Karpow: «Die Bedeutung der Analysen des Harns auf Hg bei Behandlung der Syphilis. Eine bequeme Modifikation des Witz'schen Verfahrens».

Verf. ist der Meinung, dass die bisher allein üblichen Verfahren der Hg-bestimmung nach Stükowenkow und Witz zu umständlich sind, und daher die Hg-bestimmungen seltener gemacht werden, als sie es verdienen. Sein Verfahren gipfelt darin, dass nach Zusatz von Kal. hypermang. und HCl, H_2O_2 zugesetzt wird, darauf erwärmt und das Hg auf einem Stückchen Messingblech zur Ausscheidung gebracht wird. Nur bei gleichzeitiger Anwesenheit im Harn von Hg und I oder Br, lässt das Verfahren im Stich.

N. Rudnitzki: «Ein Fall von perigenitalem Schanker».

Am Oberschenkel, ungefähr in der Gegend der Spitze des Scarpa'schen Dreiecks war das primäre Ulcus das unter Bildung einer pigmentierten Narbe verheilt war. Verf. betont die Wichtigkeit solcher pigmentierter Narben für die Luesdiagnose.

S. Sowinski: «Ein Fall von Urethritis, kompliziert durch mehrfache Gelenkaffektionen und Lymphangitis mit Ausgang in Vereiterung»,

Nichts Besonderes.

P. Boikow: «Kankroid des unteren Augenlides, geheilt durch Radium».

Seit 6 Jahren bestehend, war der Prozess recht hochgradig gediehen. Da Pat. eine Operation verweigerte, wurde sie mit Radiumbromid aus einer Entfernung von 5 Ctm. jedesmal eine halbe Stunde 12 mal im ganzen bestrahlt. Vollkommene Vernarbung in dieser Zeit. Vor Beginn der Behandlung war ein exzidiertes Stück mikroskopisch untersucht worden. Nach der ersten Sitzung beobachtete man starke Schmerzen, die mit jeder Sitzung geringer wurden.

F. Jewdokimow: «Zur Kasuistik der Pityriasis rubra pilaris».

22-jähriger Pat. Hauptsächlich auf den Streckseiten der Extremitäten und Hinterseite des Halses und Rückens.

W. Biedrichson. «Hysterische Arthralgieen bei einem Syphilitiker».

Verf. ist der Meinung, dass die Syphilis den Anlass zum Manifestwerden der Hysterie bei dem Pat. gegeben hat.

W. Dedjurin. «Ein Fall von doppelter Urethra».

Der falsche Kanal lag nach rechts von der Mittellinie, 4 Mm. vom normalen entfernt und in der Höhe des obersten Drittels des letzteren entfernt. Er liess sich mit der Sonde bis zum Bulbus verfolgen und hing dort mit dem eigentlichen Kanal zusammen.

Beide Urethrae waren gonorrhoisch infiziert.

Wichert.

Westnik Oftalmologii. 1905.

Juli—August.

J. Katzaurow: «Die Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit nach Verletzungen der Augen, ausgedrückt in Prozenten».

Im Gesetz vom 2. Juni 1903 über die Entschädigung der Verletzten Arbeiter, ist für die Entschädigung der Augenverletzungen die Tafel von Josten massgebend. Die Entschädigung beginnt, wenn ein Auge $^1/_3$ Sehschärfe, das zweite weniger als $^1/_2$ der normalen Sehkraft besitzt. Die Intervalle sind auf je $^1/_{10}$ berechnet. Also: rechts Sehschärfe = $^5/_{10}$, links = $^4/_{10}$ — dann ist der Verlustwert = 6,5 % u. s. w. Das Maximum der Tabelle ist: ein Auge = 0, das zweite Auge = $^1/_{10}$, dann beträgt der Verlust 87 %, Wer hier zu Lande begutachten will, muss im Besitz dieser Tabelle sein. Diese Tabelle, welche, wie übrigens alle derartigen Tabellen, ihre Mängel hat, wird in Vergleich gesetzt mit anderen, und schliesslich empfiehlt K. eine eigene Tabelle, welche er für gerechter hält. Interessenten müssen die Tabellen im Original einsehen.

E. Braunstein: «Angioneurosen der Netzhaut».

Es soll sich hier um vasomotorische Störungen, Spasmen der Gefässe handeln. Die Störungen: Amblyopien, Amaurosen, Gesichtsfelddefekte sind vorübergehende. Br. berichtet über 15 Fälle aus seiner Praxis. Mit dem Augenspiegel war die Enge der Gefässe und die Blässe der Netzhaut sichtbar. Als veranlassende Momente werden genannt: Traumen, Erschöpfung, nervöse Störungen im Blutkreislauf, Krämpfe, Hysterie und sexuelle Erregung. Br. ist der Meinung, viele der sogenannten «toxischen» Amblyopien könnten vasomotorische Störungen im Gebiet der Netzhaut sein.

J. Günzburg: «Zysten der Plica semilunaris».

G. bringt die klinische und mikroskopische ausführliche Beschreibung zweier Fälle. G. will nachgewiesen haben, dass in der Falte drüsige Elemente existieren (Gl. Garderi) was von Anderen nicht anerkannt wird. Diese drüsigen, rudimentären Elemente bilden den Ausgangspunkt der Zystenbildung.

A. Gurfinkel: «Drei Fälle von Melanosis oculi».

Im ersten Falle (Bild) ist die äussere Lidhaut, Bindehaut und Sklera schwarz pigmentiert. In den 2 anderen Fällen nur Bindehaut und Sklera.

W. Rudin: «Ueber Schutzbrillen bei der Bearbeitung harten Materiales».

R. empfiehlt ein eigenes Modell und bringt dazu erklärende Zeichnungen. Er nennt sein Modell «Magazinbrille». Preis und Bezugsquelle nicht angegeben. Soll eine Brille wirklich Schutz gewähren, und das tun viele der sehr zahlreich angegebenen Modelle, dann wird die Brille immer stören und dem Träger unangenehm sein, bald mehr, bald weniger. Daher ist auch mit allen Schutzbrillen bisher so wenig erreicht worden. Mit einer Schutzbrille geht die Arbeit langsamer, gezahlt wird aber vielfach pro Stück. Daher riskiert der Arbeiter lieber die Verletzung, will aber nicht weniger verdienen. Wollte man jede Arbeit mit der obligaten Schutzbrille höher bezahlen, dann würden die Brillen benutzt werden. (Ref.).

M. Berger: «Zur Kasuistik der Schussverletzungen der Augen».

Fünf Matrosen, (zwei Japaner, drei Russen), welche im Wladiwostoker Marinehospital behandelt wurden. Durch

Digitized by Google

Teile der Projektile oder durch Metallstücke, welche irgendwoher stammten, waren die Verletzungen gesetzt worden. Klinisch bieten die Fälle nichts Besonderes.

Kiewer Ophthalmologische Gesellschaft,

Fünfte Sitzung am 21. Dezember 1904.

J. Neese: «Die Entwickelung der Augenheilkunde in Kiew».

Die medizinische Fakultät wurde in Kiew 1840 eröffnet. Wie überall gehörte die Augenheilkunde zur Chirurgie. Professor Hübbenet 1850, war der Erste, welcher das Fach spezieller berücksichtigte. Auf ihn folgte Karawajew 1863, aber erst im Jahre 1868 begann Mandelstamm spezielle ophthalmologische Kurse zu geben, und 1869 wurde ein selbständiger Lehrstuhl für Augenheilkunde geschaffen, und auf denselben A. W. Iwanow berufen. Im Jahre 1876 ging Iwanow seiner Gesundheit wegen ins Ausland und starb 1880 in Mentone. Von 1876 bis 1880 las wiederum der Privatdozent Mandelstamm, 1880 bis 1881 las A. Rustizki und darauf wurde Professor A. W. Chodin auf den Lehrstuhl der Augenheilkunde berufen. Das in Summa 45 Druckseiten füllende Referat bietet eine sehr sorgfältige und eingehende biographische Arbeit. Besonders ausführlich werden die Verdienste und Leistungen Hübbenets und Iwanows geschildert.

K. Rumschewitsch: «Endotheliom der Orbita».

Die mit der Kapsel entfernte Geschwulst sass in der Mitte des oberen Orbitalrandes. Grösse 2,5 und 2 Ctm. bei 1 Ctm. Dicke. Auge normal. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein: Zysto-Lymphangio-Endotelioma fibrosum.

Oktober—September.

S. Golowin: «Die Geschwülste des Sehnerven und deren operative Heilung.» Theil II.

Der erste Teil erschien im Januar—Februarhefte 1904. Die Verspätung der Fortsetzung verschuldete der Krieg und die schweren Verhältnisse an der Odessaer Universität. Der vorliegende Teil bringt die pathologische Anatomie und Pathogenese der Sehnervengeschwülste. Zwei Tafeln. Fünf Tumoren werden genau mikroskopisch beschrieben. Praktisch wichtig sind folgende Ergebnisse der Arbeit: Sehnervengeschwülste dringen nicht in den Augapfel; dieselben halten sich in der Sehnervenscheide, brechen nie in die Orbita durch. Nur sehr selten wird ein Fortschreiten der Geschwulst in den Schädel längs den Nerven beobachtet. Rezidive werden nach der Operation einer Sehnervengeschwulst fast nie beobachtet.

Die subduralen Geschwülste der Sehnerven sind lokale gutartige Neubildungen und sollte man dieselben aus der Gruppe der Sarkome und Gliome ausscheiden. Die Sehnervengeschwülste sind charakterisiert durch Wucherung, der Bindegewebselemente der Nerven nach dem Typus der Elephantiasis. Es könnte daher auch die Bezeichnung: fibromatosis nerv. optici oder elephantiasis neuromatodes gebraucht werden.

J. Kasas: «Jodtinktur bei Hornhautgeschwüren».

Mit einem fein gedrehten Wattepinsel wird der Geschwürsboden ausgetupft. Die Jodlösung soll aber nicht auf das gesunde Hornhautepitel gelangen. Das Geschwür muss einen bräunlichen Jodschorf zeigen. Wiederholungen erst dann, wenn sich der Schorf abgestossen hat. In Fällen, wo andere Mittel versagten, will er gute Erfolge gehabt haben. Krankengeschichten werden mitgeteilt. Die Sache ist übrigens nicht neu.

J. Günzburg: «Leukosarkoma epibulbare».

Krankengeschichte nebst mikroskopischem Befunde.

Odessaer Ophthalmologischer Verein.

Vom 1. Oktober 1903 bis zum Oktober 1904 hielt der Verein 10 Sitzungen, Mitteilungen wurden 24 gemacht. Demonstrationen von Kranken und Präparaten über 70. Vorsitzender des Vereins ist Professor Golowin.

G—n.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Gynaekologie) 1905, Heft 6.

W. Mitrofanow: «Bericht über die geburtshilfliche Tätigkeit im Medizinischen Fraueninstitut 1901—1904». (Nr. 6).

Im Ganzen wurden 572 Geburten und 118 Aborte beobachtet, 11 mal Eklampsie mit einem Todesfall beobachtet. An operativen Eingriffen wurde registriert: Zange 16 mal, Wendung 9 mal, Extraction 14 mal, Perforation 3 mal, manuelle Placentarlösung 7 mal, Dilatation nach Bossi 3 mal, ausserdem Abrasionen etc. 31 fieberten wegen puerperaler Erkrankung, dazu kommen noch 14, die wegen Eklampsie (4), Atonie des Uterus (2), Subinvolutio uteri (5), und Rhagaden der Brustwarze (3) fieberten. Drei Todesfälle sind zu verzeichnen (Eklampsie 1, Uraemie 1, Sepsis 1). Die Nabelschnur wurde seit 1903 nicht unterbunden sondern mit einer Péan'schen Pinzette zugeklemmt, die später abgenommen wurde. Anfangs wurde die Pinzette länger gelassen, in letzter Zeit nur auf wenige Minuten. Der Nabelschnurrest wurde nach Abnahme der Torsionspinzette in hygroskopische Watte gehüllt, mit einer Marlybinde fixiert, das Kind wird bis zum Abfallen der Nabelschnur nicht gebadet, diese fiel am 5—7 Tage ab.

A. Gubarew: «Vergleichende Untersuchung über die abdominalen u. vaginalen Operationsmethoden». (Nr. 6).

Verf. sieht bei den abdominalen Operationen einen grossen Vorteil, darin, dass man das Netz zur Bedeckung der Wundflächen benutzen kann und damit Verwachsungen mit Därmen verhüten kann. Alsdann spielt die Verletzung des Ureters eine grosse Rolle bei vaginalen Operationen. Bei Verwachsung von Adnextumoren mit Därmen ist die Operation per abdomen als die ungefährlichere anzuraten. Bei zweifelhafter Diagnose ist es logischer die Operation per abdomen anzufangen und eventuell zur vaginalen überzugehen. Verf. führt einige Fälle aus seiner Praxis an.

A. Cholodkowski: «Zur Kasuistik der Extrauteringravidität». (Nr. 7 u. 8).

Bericht über 7 operativ behandelte Fälle von Extrauteringravidität mit einem Todesfall. Zwei Mal wurde vaginal operiert, wobei ein Mal die Tube entfernt, das andere Mal nach Entfernung des tubaren Abortes erhalten wurde. 5 Mal wurde die Laparotomie gemacht, in einem Fall musste ein Teil des Darms reseziert werden. In allen Fällen waren die Adnexe der anderen Seite affiziert, in einem Fall ein Pyosalpinx. Als Ursache der Einnistung des Eis in der Tube schuldigt Verf. den katarrhalischen Zustand der Tube an.

N. Kakuschkin: «Ueber die Methoden der Abnabelung des Neugeborenen». (Nr. 7 u. 8).

Nach einer ausführlichen Auseinandersetzung über die verschiedenen Methoden beschreibt Verf. die seinige: Nachdem man das Pulsieren der Nabelschnur abgewartet, wird diese in querer Richtung möglichst nahe dem Nabelring mit einer Kocher'schen Torsionspinzette gefasst, die Nabelschnur wird in einer Entfernung von 2–2½ Ctm. abgeschnitten, dann wird das Kind gebadet und der Versuch gemacht die Torsionspinzette zu entfernen, blutet es, so wird diese wieder auf 15—20 Min. angelegt. Es ist ratsam vor dem Anlegen des Instrumentes durch streichende Bewegungen das Blut in der Richtung vom Nabel zur Plazenta gleichsam wegzutreiben, auf wahre oder falsche Knoten darf die Torsionspinzette nicht angelegt werden, das Schliessen des Instrumentes ist langsam auszuführen. Das Abnehmen desselben hat auch vorsichtig zu erfolgen. Manches Mal beobachtet man nach Abnahme des Instrumentes ein Haematom oder eine oedematöse Anschwellung, die bald vergeht. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Nabelrestes erwies es sich, dass die Gefässwände zum Teil mit einander verklebt waren, zum Teil waren Lücken im Gewebe vorhanden, welche den Gefässen entsprachen. Diese Methode der Abnabelung wurde 1150 mal angewandt, in einem Fall gab es eine lebensgefährliche Blutung, wo nach 3 Stunden bei pulsierendem Nabelschnurrest die Klemmpinzette entfernt wurde. Diese blieb einen Zeitraum von 5 Minuten bis 3 Stunden liegen, als Durchschnitt muss man 29 Min. rechnen, in 5 Malen musste schliesslich doch eine Ligatur angelegt werden. Bei Kindern geringen oder besonders hohen Gewichtes musste die Klemmpinzette länger liegen, als bei Kindern mittleren Gewichtes.

B. Dimant: «Zur Geschichte der Symphyseotomie». (Nr. 6, 7 u. 8).

Ein geschichtlicher Ueberblick. Lingen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. № 15.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

BOUND IN LIBRARY.
JUN 6 1907

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 08454 1617

Digitized by Google